ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIe SÉRIE. — TOME X.

A PARIS,

CHEZ
BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.
PANCKOUCKE, Imp.-Libraire, rue des Poitevins, N.° 14.

1836.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JANVIER 1836.

Maladies du système lymphatique (II.e Mémoire) ; *par M.* Velpeau, *professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.*

Inflammation des ganglions, ou adénite lymphatique.

Mieux connue, plus souvent observée que celle des vaisseaux, l'inflammation des ganglions lymphatiques ne me paraît cependant point encore avoir été suffisamment étudiée. D'une fréquence extrême, point de départ d'une foule de tumeurs et d'engorgemens, elle réclame une large place dans les cadres nosologiques, et mérite toute la sollicitude des praticiens. Il n'est d'ailleurs aucune région du corps où on ne l'observe. Sous la peau, entre les muscles, dans la profondeur des membres, autour des viscères, dans les cavités splanchniques, partout enfin, où le système lymphatique existe, on peut en redouter le développement.

Étiologie.—J'insisterai principalement ici sur les causes de l'inflammation des ganglions lymphatiques. Comme celles de l'inflammation des vaisseaux du même nom, ces causes sont de deux sortes, directes ou indirectes.

A. Les *causes directes* des phlegmasies du systême lymphatique agissent assez souvent sur les ganglions, tandis qu'elles se laissent rarement apercevoir dans les vaisseaux de cet ordre. La différence que je signale est facile à expliquer. On en trouve la raison dans la contexture même des parties. Les branches de la portion canaliculée du système lymphatique sont si grêles et si souples, en effet, qu'elles se trouvent pour ainsi dire à l'abri de toutes les espèces de contusions, d'écrasemens, de violences extérieures. Les ganglions au contraire se présentent sous forme de corps assez distincts, assez volumineux, occupent certaines régions assez superficielles, pour être naturellement exposées à de nombreuses blessures. Ainsi ils peuvent être piqués, coupés, froissés, écrasés, déchirés isolément ou en même temps que les tissus environnans.

B. Ce n'en est pas moins par *cause indirecte* que les ganglions lymphatiques s'enflamment le plus ordinairement. Alors l'inflammation peut leur être transmise de trois manières : 1.° par les couches organiques contiguës; 2.° par les canaux du même genre, préalablement enflammés eux-mêmes; 3.° par l'arrivée de quelque principe irritant puisé à une certaine distance dans quelqu'organe ou dans quelque région malade.

Sans être rare, le premier genre de ces causes indirectes n'est cependant pas le plus fréquent. Sous son influence le mal se développe de la périphérie au centre. Le tissu cellulaire ou quelqu'autre tissu du voisinage, d'abord enflammé, dégénéré, malade enfin d'une manière quelconque, réagit à la longue sur les ganglions et en amène ainsi l'inflammation. Il suit delà que toute phlegmasie, que toute lésion inflammatoire du tissu cellulaire, des artères, des veines, des muscles, des organes quels qu'ils soient, placés autour, dans les environs, ou dans l'intervalle des ganglions lymphatiques, doit être considérée comme cause de l'inflammation dont il s'agit. Les ganglions deviennent ma-

lades alors, à la manière d'une articulation, d'un os, d'un muscle, qui se laissent envahir de dehors en dedans par l'inflammation des couches du voisinage.

Le second mode inflammatoire des ganglions lymphatiques par cause indirecte, est aussi fréquent que facile à comprendre. Partie d'un point quelconque des régions environnantes, la phlegmasie, développée de prime-abord dans quelques vaisseaux du même ordre, gagne de proche en proche et arrive enfin au ganglion. C'est ce qu'on observe à-peu-près constamment dans l'angioleucite. Ici la maladie se propage encore de la circonférence au centre d'abord, il est vrai; mais une fois fixée, elle s'effectue manifestement du centre à la surface, et passe des ganglions aux couches ambiantes. Cependant, comme l'inflammation se fixe souvent d'une manière définitive sur les vaisseaux lymphatiques, l'adénite, ainsi développée, est moins fréquente en réalité qu'on ne se l'imaginerait de prime-abord. Il n'est pas rare au moins de la voir rétrograder promptement, et s'eteindre avant la disparition de l'angioleucite.

L'adénite qui appartient au troisième ordre de causes indirectes signalées tout-à l'heure, est incomparablement la plus commune de toutes : c'est ainsi que naissent la plupart des adénites syphilitiques, cancéreuses, tuberculeuses, etc. A cette occasion, j'aurais à discuter la question de savoir si les vaisseaux lymphatiques peuvent absorber, comme on le croit généralement, ou si, comme le soutiennent quelques physiologistes modernes, ils sont réellement étrangers à cette grande fonction; mais ceci m'entraînerait hors du cercle que je me suis imposé. Dailleurs, que ce soit par absorption ou de toute autre manière, toujours est-il qu'un principe morbifique, venant d'une partie éloignée, produit souvent l'adénite, sans enflammer, sans altérer d'une manière appréciable les tissus intermédiaires. Il n'y a pas de régions du corps où cela n'ait été rencon-

tré ; les bubons inguinaux, les engorgemens axillaires, cervicaux, sous-maxillaires, le démontrent chaque jour, et il suffit que ce fait ne puisse être contesté, pour me dispenser de toute controverse physiologique. Toutes les maladies possibles sont ainsi capables de causer l'adénite. Il n'y a pas une phlegmasie en effet, quelles qu'en soient la cause et la nature, qui ne modifie, qui ne change les qualités des fluides de la partie enflammée. Repris, molécules par molécules, et reportés dans la circulation, les fluides altérés parviennent aux ganglions qu'ils enflamment ou dont ils troublent les fonctions. Soit que, chargés d'élaborer les matières qui les traversent, ils en augmentent encore les propriétés irritantes, soit qu'en gênant, ralentissant leur marche, ils en supportent plus long-temps le contact, les ganglions lymphatiques résistent mal à l'action de ces fluides. Delà leur engorgement, leurs phlegmasies diverses, leurs dégénérescences, quoiqu'il n'y ait jamais eu de trace d'angioleucite proprement dite. C'est ainsi qu'une piqûre, la plus mince pustule, une écorchure, une brûlure, une phlyctène, une engelure, une gerçure, une excoriation, une plaie petite ou grande, un ulcère superficiel ou profond, un eczéma, un lichen, une dartre quelconque, un érysipèle, une teigne, un zona, le pemphigus, une inflammation du tissu cellulaire qui double la peau, les aponévroses ou les membranes soit séreuses, soit muqueuses, qui entourent les artères, les veines, les nerfs ou les faisceaux musculaires ; c'est ainsi qu'une luxation, une fracture, que toute phlegmasie tégumentaire, externe ou interne, qu'un vésicatoire, un moxa, un séton, un cautère, des ventouses scarifiées, que tous les rubéfians et les caustiques, que la variole et la vaccine, la rougeole et la scarlatine, que toutes les opérations qui divisent, froissent ou contondent les tissus, sont autant de sources d'adénite. C'est là ce qui m'autorisait à dire,

en 1823 (1), que tout exutoire est une cause de maladie, que toute suppuration expose à d'autres suppurations.

J'insiste sur cette étiologie de l'engorgement glandulaire du système lymphatique, parce que son importance pratique est restée presqu'entièrement méconnue jusqu'à présent, et parce qu'elle donne la clé d'une foule de lésions qu'on ne sait le plus souvent à quoi rapporter. Lorsque les ganglions s'enflamment en effet ou se gonflent par ce mécanisme, ils peuvent rester longtemps malades et seuls malades après la guérison de l'affection qui en a été le point de départ. Comme il n'y a pas eu de changemens appréciables, de signes d'angioleucite sur le trajet des vaisseaux qui se portent des régions primitivement altérées aux ganglions engorgés, les malades, les médecins eux-mêmes, oublient alors, laissent facilement échapper la cause pour s'en tenir uniquement à ses effets; on conçoit même que beaucoup de sujets ne puissent voir aucune corrélation entre le plus grand nombre de maladies que j'ai signalées, et ce qu'ils appellent des *glandes*, des *tumeurs*. Il y a plus; c'est que les praticiens les plus exercés devront être fréquemment embarrassés à leur tour pour lever tous les doutes à ce sujet. S'il s'agit d'un enfant, ou de quelque lésion assez légère pour que le malade s'en soit à peine occupé, et que des semaines, des mois ou même des années se soient écoulées depuis, comment parviendra-t-on à découvrir la vérité? Personne, dans ce cas, ne songe au premier mal; les parens ne s'en souviennent plus; tout le monde soutient qu'il n'existait rien ailleurs que là où sont les souffrances ou les *grosseurs* actuelles.

Le diagnostic de l'angioleucite est donc, sous ce point de vue, infiniment plus facile que celui de l'adénite. Un pareil embarras a du reste sa raison dans la nature même des choses. L'inflammation, la solution de continuité, source

(1) Thèse inaugurale. N.° 16. Paris, 1823.

première du mal, a d'abord fixé l'attention. Ce n'est que plus tard, après sa disparition, qu'on s'est apperçu de l'engorgement ganglionaire. Dès-lors le praticien peut se demander s'il y a véritablement quelque rapport entre la maladie présente et la maladie passée, sans compter que le plus souvent il ne lui vient pas même à la pensée de les rapprocher. Dans d'autres cas le dérangement morbide, qui remplit ici le rôle de cause, se réduit à si peu de chose, qu'on y songe à peine, qu'on n'en tient aucun compte. Quelquefois encore son siége, dans l'épaisseur ou la profondeur des tissus, son peu d'importance, empêchent absolument de le trouver. Enfin il peut arriver et il arrive très-fréquemment en effet que l'affection des ganglions existe pendant un laps de temps considérable sans que le malade s'en doute, et qu'au moment où on l'observe pour la première fois, il soit réellement impossible d'en retrouver le point de départ. Une autre circonstance peut encore donner le change à l'observateur; c'est lorsque l'adénite résulte d'un travail morbide interstitiel latent ou obscur dans le principe. Ici, en effet, l'engorgement des ganglions est la première altération locale appréciable. Elle sert ainsi de prélude à certains érysipèles. C'est aussi de cette façon qu'elle se montre à la suite de marches forcées, de fatigues, de refroidissemens, etc. Plus tard, quand la maladie qui l'a causée s'est enfin épanouie ou développée à l'extérieur, on la perd de vue, parce qu'on l'en croit indépendante, et parce qu'assez souvent on la voit alors rétrograder manifestement. Si donc on la retrouve au bout de quelques mois, sa cause réelle échappe d'autant plus facilement, qu'elle s'est montrée sous la forme d'une phlegmasie intercurrente, qu'elle ne semble être survenue là que pour compliquer, pour entraver la marche de l'affection des glandes lymphatiques.

Les phlegmasies, aiguës ou chroniques, les ulcères, les altérations de tout genre dont les membranes muqueuses

peuvent être affectées, les écoulemens, les irritations catarrhales sont une source fréquente et souvent méconnue de l'engorgement des ganglions. Il n'est pas jusques aux membranes séreuses et aux articulations qui, par leurs maladies, ne puissent devenir cause d'adénite en transmettant ainsi, d'une manière indirecte, des élémens morbifiques aux glandes lymphatiques. En remontant plus haut, on voit que certaines alimentations, certaines boissons, certain régime, certains travaux, certaines habitudes, peuvent aussi être rangés parmi les causes de cette affection, puisque tout ce qui peut modifier directement ou indirectement la nature des fluides blancs, est véritablement capable de la produire.

Au demeurant, l'adénite lymphatique par cause indirecte a pour point de départ fondamental une *altération* des liquides destinés à traverser les ganglions. Les maladies qui produisent le plus aisément cette altération, quand elle n'est pas primitive, sont celles de la peau, des membranes muqueuses, du tissu cellulaire sous-cutané et sous-tégumentaire, de celui du pourtour des vaisseaux, de l'intermusculaire, du sous-séreux; enfin, les maladies du tissu cellulaire en général, des muscles, des articulations, des os, des viscères; d'où il suit qu'elle trouve sa source dans presque toutes les autres maladies, et que, toute locale qu'elle paraisse ordinairement, elle doit être souvent une des plus faciles à généraliser. Une autre conséquence à tirer de là, c'est qu'il est très-peu de sujets qui n'aient été soumis, à une période quelconque de leur vie, à l'influence de l'une des causes que je viens de relater, et que les tumeurs lymphatiques pourraient être presque toutes rattachées à quelqu'autre lésion plus ou moins éloignée.

Les *tumeurs scrofuleuses* ne se développeraient-elles pas par ce mécanisme? Chez les enfans, les jeunes sujets, les femmes, les personnes blondes, délicates, ou qu'on dit

d'un tempérament phlegmatique, les fluides, les vaisseaux blancs et leurs dépendances, prédominent ou sont doués de qualités telles, que la moindre cause y amène des changemens qui deviennent bientôt la source d'engorgemens, d'infiltrations, d'adénites, d'inflammation dans quelque partie du système lymphatique. Depuis près de 20 ans que je m'occupe de ce point de doctrine, le nombre de scrofuleux que j'ai questionnés dans le but d'éclairer le problême posé plus haut, s'élève à 900. Chez 730 d'entre eux j'ai pu constater que des phlegmasies, des suppurations du système tégumentaire ou cellulaire, avaient précédé l'apparition des tumeurs lymphatiques. Sur 95 autres, la maladie était si ancienne que je n'ai pu obtenir aucun renseignement positif. Enfin, les 95 derniers étaient des enfans nés dans la misère et dont les parens avaient eu si peu de soin, qu'une de ces causes éloignées, qui ne m'a cependant point été avouée, peut être hardiment supposée.

S'il était possible d'établir ainsi que chez les écrouelleux, le gonflement des ganglions lymphatiques est à-peu-près constamment secondaire, que ce gonflement n'est d'abord que le symptôme d'un travail pathologique qui a son siége ailleurs, ou la preuve que les fluides blancs sont doués de propriétés irritantes anormales, ce serait, si je ne m'abuse, faire un grand pas dans l'étiologie de la maladie scrofuleuse. Dès-lors il n'est plus besoin de *vice* particulier, de principe héréditaire dans l'économie, les scrofules naîtront, comme toute autre maladie accidentelle, sous l'influence de certains états organiques faciles à comprendre. L'enfance y est plus sujette, presque seule sujette, parce que c'est dans l'enfance que la peau et les membranes muqueuses sont le plus souvent malades. Parmi les enfans, ce sont les individus à tissus pâles, gorgés de fluides, qui en offrent le plus d'exemples, parce que chez eux les couches tégumentaires sont plus impressionnables et tous

les fluides plus faciles à modifier que chez aucun autre. On voit aussitôt par la même raison pourquoi la misère, une mauvaise alimentation, le défaut de vêtement, le froid humide, etc., sont une cause si manifeste et si fréquente des engorgemens scrofuleux.

La dentition, les exulcérations auriculaires et mastoïdiennes, les teignes, les croûtes de la tête, le muguet, le coryza, expliquent assez la prédilection des écrouelles pour le cou et le pourtour de la mâchoire. Les rhumes, la coqueluche, la rougeole, la scarlatine, les bronchites multipliées du jeune âge en font autant pour la poitrine. Quant à celles du mésentère, on a les diverses sortes d'affection intestinale pour s'en rendre compte. Le gonflement, l'infiltration de quelque région du corps, du nez, de la lèvre supérieure par exemple, qu'on a donnés comme signe de la constitution scrofuleuse, peuvent, dans cette hypothèse, en être tout à la fois le point de départ ou la suite ; le point de départ, attendu que de pareilles lésions suffisent pour causer l'engorgement des ganglions voisins; la suite, parce que les ganglions une fois malades doivent gêner le cours de la lymphe dans les parties d'où ils tirent leurs vaisseaux.

Ce n'est pas à dire pour cela qu'il faille rejetter ici le rôle des causes prédisposantes. Il est bien entendu que tout ce qui précède ne s'applique qu'aux causes déterminantes ou occasionnelles. On peut seulement conclure de ce que j'ai avancé : 1° que toute tumeur lymphatique est une maladie sympathique ; 2° que, rigoureusement parlant, il serait possible de faire naître artificiellement ces tumeurs ; 3° que chez les scrofuleux elles se développent par le même mécanisme que chez tout autre individu ; 4° qu'on naît plus ou moins disposé aux tumeurs scrophuleuses, de même qu'on peut naître plus ou moins disposé à contracter la pneumonie; mais que les engorgemens des ganglions lymphatiques se produisent de la même manière

et sous l'influence des mêmes causes déterminantes, à tous les âges, dans toutes les régions du corps et quelle que soit la constitution des individus ; 5° qu'au fond il n'existe réellement point de maladie spéciale qui mérite le nom de scrofuleuse.

Je sens tout le premier, au surplus, ce qu'un pareil langage peut avoir de paradoxal aux yeux de beaucoup de personnes. Que ceux qui jugeront la question assez importante, veuillent bien se donner la peine de l'examiner au fond, cependant, avant de prononcer ; je la crois digne de toute leur attention, et j'ai la conviction qu'en y regardant de près ils finiront par trouver dans ce nouveau point de vue quelques données utiles à la pathologie et surtout à la thérapeutique.

Développement. — Ainsi que l'inflammation des autres tissus, l'adénite lymphatique se montre sous plusieurs formes. Tantôt lent, tantôt rapide, l'engorgement préalable des ganglions affectés se complique quelquefois, et presqu'indifféremment dans les deux cas que je viens de supposer, de tous les phénomènes d'une phlegmasie franchement aiguë, tandis qu'il n'est pas rare de voir la glande rester à l'état subinflammatoire, ou soumise à un simple travail d'hypertrophie depuis le commencement jusques à la fin du mal.

Art. I.er Adénite aiguë. — Lorsqu'un ganglion lymphatique s'enflamme d'une manière aiguë, il se gonfle, paraît plus dur, et devient le siége de douleurs sourdes ; profondes, que la pression et les mouvemens augmentent considérablement. Un frisson, ou des frissons irréguliers, une fièvre assez forte et de l'agitation comme dans l'angioleucite, précèdent assez souvent l'adénite. La peau, chaude et quelquefois brûlante, n'est pas toujours rouge dès le principe. C'est de l'intérieur à l'extérieur, que cette rougeur se montre quand elle survient. La région malade proémine bientôt sous la forme d'une tumeur diffuse ou mal cir-

conscrite; la douleur est quelquefois pongitive, comme dans le phlegmon. Ces symptômes deviennent de plus en plus manifestes à mesure que le mal avance.

Du ganglion la phlegmasie passe bientôt au tissu cellulaire environnant. Delà un mélange de caractères qui semblent appartenir en même temps à l'inflammation des glandes et au phlegmon proprement dit; delà une apparence de bosselure que les doigts retrouvent jusques à la fin dans la tumeur, au travers de la peau qui finit elle-même par s'amincir, par revêtir une teinte livide ou bleuâtre bien caractéristique. Au bout de six, douze ou quinze jours, la masse enflammée se ramollit sur un et quelquefois sur plusieurs poiuts à-la-fois, ou snr plusieurs points successivement. En la pressant alors convenablement, on y sent une fluctuation, tantôt fort circonscrite et très-superficielle, tantôt profonde, large et plus ou moins obscure, tantôt inégale et comme disséminée dans divers foyers distincts.

Soit que l'abcès s'ouvre de lui-même, soit que l'art vienne en diviser les parois, le pus, ordinairement homogène et bien lié qui s'en échappe, n'est que rarement en rapport, sous le point de vue de la quantité, avec le volume de la tumeur. Souvent il en sort infiniment moins qu'on ne l'eût pensé d'abord; d'autres fois c'est tout le contraire. On observe le premier état lorsque le foyer s'est établi entre les ganglions et la peau. Il faut s'attendre au second quand la suppuration s'est effectuée entre les ganglions malades eux-mêmes ou entre les ganglions et les parties profondes. Dans le premier cas, le point culminant de la tumeur seul semble s'être vidé. Dans le deuxième, elle paraît au contraire s'affaisser sur sa base. Ces particularités ne se montrent dans le phlegmon que par exception.

Jamais, dans l'adénite, le gonflement ne disparaît brusquement après l'ouverture du dépôt. Ce n'est que par degrés et lentement que la résolutiou s'en opère ensuite.

Assez souvent même la suppuration est déjà tarie, et les plaies se trouvent fermées depuis un certain temps, que la tumeur conserve encore une bonne partie de son volume primitif. On peut dire enfin qu'avant de disparaître, l'adénite doit passer de nouveau par les formes qu'elle a prises en se développant. En effet, l'engorgement du tissu celluleux sous-cutané, qui était apparu le dernier, est le premier à s'éteindre. Celui de la couche sous-ganglionnaire se résout en second lieu. La résolution de l'infiltration phlegmasique interglandulaire arrive ensuite; ensorte que les ganglions semblent s'isoler de plus en plus au milieu de ce travail, avant de rétrograder à leur tour vers l'état normal. L'inflammation portant sur deux élémens anatomiques très-distiucts, exige qu'on n'en confonde pas la marche dans les deux ordres de tissu, car elle doit naturellement être plus rapide et plus franche dans les couches cellulaires que dans les ganglions, soit qu'on la prenne à sa période d'accroissement, soit qu'on l'observe pendant le déclin,

§. 1er. *Terminaison.*—Les terminaisons ordinaires de l'adénite aiguë sont la résolution, la suppuration, et son passage à l'état chronique. La gangrène en est si rarement la suite, qu'il est à peine utile de la mentionner.

A. La *résolution* de l'adénite aiguë est infiniment plus commune qu'on ne pense. On a lieu de l'espérer, lorsque l'affection éloignée qui a été le point de départ du mal s'est éteinte ou heureusement modifiée avant que l'inflammation ait passé du ganglion dans le tissu cellulo-graisseux environnant. Il en est de même dans le plus grand nombre des cas où, n'importe par quelle raison, la phlegmasie se tient confinée au-delà de quelques jours dans l'organe glandulaire. C'est ce qu'on voit, par exemple, dans les engorgemens lymphatiques qui compliquent, dès le début, certains érysipèles, certains maux de gorge, un grand nombre de phlegmasies aiguës diffuses de la peauet des membranes muqueuses. Alors les ganglions, qui, quoique

gonflés, chauds, douloureux, étaient restés mobiles, perdent de leur sensibilité et de leur chaleur, reviennent peu-à-peu et quelquefois très-rapidement sur eux-mêmes, mais de manière cependant à conserver long-temps, chez le plus grand nombre des malades, un peu plus de volume que dans l'état naturel.

Bien que plus rare, la résolution de l'adénite se voit encore quelquefois dans les cas où le mal a déjà gagné le tissu cellulaire lui-même. Néanmoins on ne doit guère compter sur elle quand la peau est rouge et les couches sous-jacentes fortement engorgées. Quand il est encore possible de l'obtenir en pareil cas, les tégumens n'ont perdu qu'en partie leur mobilité : on sent bien au-dessous une masse enflammée, mais il y a dans cette masse quelque chose de spongieux et de ferme tout à-la-fois, qu'il est plus facile d'apprécier au lit du malade que de décrire et qui ne se remarque pas lorsque la suppuration est inévitable. Au reste, prise à ce degré du mal, la résolution s'opère en général avec lenteur, et reste le plus souvent incomplète.

2.° On doit s'attendre à la *suppuration* toutes les fois que l'adénite dépend d'une solution de continuité en suppuration, ou que, du ganglion, la phlegmasie s'est rapidement étendue aux parties voisines. Si la peau est rouge et empâtée, cette terminaison est à-peu-près immanquable. Elle se montre d'ailleurs sous deux formes très-différentes, et qu'il importe de s'habituer à ne pas confondre. Tantôt en effet, quoique rarement, le ganglion ou les ganglions affectés entrent seuls en suppuration ; alors leur tissu s'infiltre de pus plutôt qu'il ne devient le siège de véritables abcès. Ordinairement c'est le tissu cellulaire qui suppure ; delà des foyers, des collections, comme dans le phlegmon ; avec cette différence néanmoins que les ganglions gonflés, servant de noyau à la masse enflammée, détruisent la régularité des clapiers et font que la suppuration paraît plus

superficielle ou plus profonde, plus abondante ou moins abondante que la forme et le volume de la tumeur ne l'eussent fait présumer.

D'autres fois ce n'est ni le tissu cellulaire seul, ni les ganglions seuls, mais bien le tissu cellulaire et les ganglions en même temps, qui suppurent.

Dans le premier cas, la tumeur reste mobile, bien circonscrite, et donnerait plutôt l'idée d'une masse fongueuse que d'un dépôt en proéminant ou à la pression. Si les tégumens qui la recouvrent sont ulcérés ou incisés, elle tend à s'échapper, et s'échappe en effet quelquefois, par l'ouverture sous la forme d'un champignon rougeâtre. La coupe de cette tumeur est pointillée de blanc, de jaune, de gris, de rouge, et parfois comme criblée de gouttelettes de pus. Elle se laisse écraser en partie sous les doigts, et son tissu se rapproche, jusqu'à un certain point, du tissu encéphaloïde qui commence à se ramollir. Enfin elle est généralement facile à séparer des parties voisines.

Dans le second cas, le pus s'accumule sous les ganglions, dans leurs intervalles, autour d'eux, ou entr'eux et la peau. De cette façon, il ne forme presque jamais de collections bien régulières, les brides cellulo-vasculaires lui servant en quelque sorte de filtre pour se porter d'une couche à l'autre. La contexture filamenteuse du tissu cellulaire ambiant en gêne d'ailleurs la diffusion périphérique et fait que l'érysipèle phlegmoneux est assez rarement la suite de pareilles inflammations. Ici les ganglions conservent une grande partie de leurs adhérences avec les tissus voisins. Ils sont moins gros, plus rouges, ou d'un gris rougeâtre plus régulier, plus homogène que dans le cas précédent. Leur tissu est en même temps plus ferme et plus vasculaire; on ne les voit pas sortir avec la même liberté par les plaies de la couche cutanée qui, de son côté, montre alors moins de dispositions à se décoller, à s'amincir et à s'altérer.

Dans le troisième cas, on observe naturellement la com-

binaison des deux ordres de phénomènes dont il vient d'être question. La suppuration, moins abondante que si le tissu cellulaire seul en était le siége, finit pourtant par se laisser aisément appercevoir. Elle devient habituellement plus fluide, plus grise, et s'accompagne d'un amincissement, d'une dissection plus rapide de la peau, ainsi que des ganglions qui tendent cependant un peu moins, quant à eux, à se boursoufler, à végéter au travers des issues que leur offrent les tégumens incisés ou ulcérés.

3°. Quand l'*état chronique* doit succéder à l'état aigu de l'inflammation des ganglions lymphatiques, on voit, comme dans la résolution, la chaleur, les douleurs, la rougeur et le gonflement, cesser de faire des progrès avant la période de suppuration. L'infiltration phegmasique ne tarde pas ensuite à diminuer, et, avec elle, les autres phénomènes de l'adénite aigue. Les tissus altérés, les ganglions surtout se durcissent manifestement, mais la turgescence sanguine une fois dissipée les choses en restent là. Quelques douleurs, un peu de chaleur se maintiennent dans la partie, qui conserve un excès de volume plus ou moins considérable. Cette terminaison, en un mot, n'est qu'une résolution incomplète, une résolution avortée. Assez souvent le travail morbide s'éteint en entier dans le tégument et le tissu cellulaire, comme pour se concentrer sourdement dans les ganglions. Si alors on examine ces organes sur le cadavre, on les trouve d'un jaune sale un peu rougeâtre, homogènes, difficile à écraser, et d'un aspect qui les rapproche du tissu cérébroïde non ramolli. Il arrive aussi que des grumeaux de pus concret ou demi-liquide s'y trouvent mêlés, que divers petits foyers de fluides ou de matières altérées en criblent le tissu; mais ceci rentre tout-à-fait dans le domaine de l'adénite chronique proprement dite dont il sera question plus loin.

B. Prognostic. — Les dangers de l'adénite phlegmoneuse sont nécessairement en rapport avec le nombre et l'impor-

tance des ganglions affectés. Aussi est-il difficile d'en établir le prognostic d'une manière générale. On peut dire néanmoins que ce n'est point une maladie essentiellement grave. Comme elle est presque toujours renfermée dans d'assez étroites limites, elle est moins susceptible que le phlegmon diffus et l'érysipèle de troubler dangereusement l'organisme. Il faut ajouter en compensation, qu'à titre de maladie locale, elle réagit plus que le phlegmon simple sur les fonctions des organes voisins, qu'elle guérit rarement sans laisser de traces, que le dérangement qu'elle apporte dans la circulation lymphatique en rend quelquefois les suites fort longues et fort désagréables. Enfin elle devient souvent l'origine de tumeurs, de décollemens, de suppurations difficiles à guérir. Elle peut en outre, comme toutes les autres inflammations, devenir redoutable en se compliquant d'érysipèle, de phlegmon diffus, de phlébite, d'infection purulente, de gangrène, etc.; mais ces derniers dangers ne lui appartenant point en propre, ne doivent être que signalés en passant.

Chez certains sujets et dans certaines régions, chez les sujets jeunes et lymphatiques en particulier, l'adénite est parfois suivie, après l'ouverture du foyer, d'une végétation très-active. Le ganglion, qui s'échappe peu-à-peu par la plaie, se renfle bientôt au-dehors sous la forme d'un champignon sanieux, rouge, gris ou blafard, plus ou moins douloureux. Alors le pédicule de la tumeur est ordinairement entouré d'une peau amincie, pâle et décollée. Du reste, l'organe hypertrophié se présente sous le scalpel avec la même texture que dans les cas indiqués plus haut. Il faut seulement savoir que, sans être tout-à-fait impossible, la résolution en est alors beaucoup plus difficile, et que, sous ce rapport, c'est une circonstance qui rend le traitement de la maladie manifestement plus grave.

C. Le *traitement* de l'adénite aiguë est en général le même que celui du phlegmon.

1.° Au début, l'inflammation est quelquefois arrêtée par d'abondantes *saignées* locales répétées plusieurs fois en peu de jours. Les topiques émolliens et les bains généraux sont alors d'excellens accessoires. Cependant, à moins que la maladie ne soit tout-à-fait locale et débarrassée de l'angioleucite ou du travail pathologique éloigné qui en a été le point de départ, cette médication reste souvent insuffisante. Pour en retirer tout le fruit possible il importe d'appliquer un grand nombre de sangsues à-la-fois, et d'y joindre de fortes saignées générales quand la force du sujet le permet.

2.° La *compression*, les *incisions* prématurées, si efficaces dans les inflammations du tissu cellulaire, ne réussissent point ici; leur action résolutive se concentre sur les tissus externes, et ne peut que difficilement se propager jusqu'au ganglion; c'est une raison de plus pour s'attacher à ne pas confondre l'adénite avec l'érysipèle phlegmoneux. Les mouchetures, les scarifications, les ventouses scarifiées, sont utiles à la manière des sangsues qu'elles pourraient remplacer avec avantage dans une foule de cas, si les malades avaient moins de répugnance pour ce genre de remède.

3.° *L'onguent napolitain* en frictions à haute dose, convient alors comme antiphlogistique et comme résolutif. On en couvre la partie trois fois le jour. Il doit être essayé surtout après les émissions sanguines et chez les sujets faibles. Plusieurs malades, jeunes et robustes, qui l'ont employé pour tout traitement, ont guéri plus vite et plus complètement, il est vrai, que d'autres qui avaient été plus largement saignés. Mais une plus longue expérience n'en est pas moins encore nécessaire pour constater au juste la valeur de ce moyen dans la période aiguë de l'adénite.

4.° Les *vésicatoires volans* sont une autre ressource que j'ai souvent expérimentée. Dans quelques cas ils m'ont

paru faire rétrograder l'inflammation, et produire les mêmes effets que l'onguent mercuriel; d'autres fois ils se bornent à circonscrire le foyer morbide, à resserrer en quelque sorte le mal autour des ganglions; le plus souvent enfin, et lorsque la résolution n'est plus possible, ils activent, ils accélèrent la suppuration. J'en couvre toutes les régions tuméfiées, et, quand ils sont enlevés, je fais quelquefois mettre à leur place de larges cataplasmes ou de la pommade mercurielle, comme il a été dit plus haut.

Je dois ajouter toutefois que dans certaines régions, à l'aine, par exemple, où les ganglions sont le plus superficiels, le vésicatoire volant jouit d'une efficacité remarquable. L'emploi que j'en fais depuis quatre ou cinq ans, me permet d'affirmer que c'est le meilleur résolutif qu'on puisse opposer aux bubons syphilitiques qui ne sont point encore à l'état de suppuration. Cette méthode, qui m'est propre, est préférable, si je ne m'abuse, à celle de MM. Malapert et Reynaud. Le deuto-chlorure de mercure, que ces praticiens appliquent sur la plaie, n'agit que comme caustique et ne devient utile qu'autant que la suppuration est établie. Là, comme ailleurs, au surplus, je me sers de vésicatoires assez larges pour dépasser un peu toute la circonférence de la tumeur. Quand le premier est sec j'en applique un second. Après le troisième, il est ordinairement inutile d'y revenir. C'est une médication dont je traiterai d'ailleurs avec détail en examinant l'adénite par régions, et que je me borne à signaler en attendant.

5.° Au demeurant donc, une large saignée si l'état du pouls l'indique; de 20 à 40 sangsues ou des ventouses scarifiées répétées deux ou trois fois en deux jours; des cataplasmes ou des compresses émollientes, des bains généraux, des frictions mercurielles à la dose de deux ou trois gros chaque fois, des vésicatoires volans sur la tumeur même, m'ont semblé les seuls moyens sur lesquels il fût permis de compter pour faire avorter l'inflammation

aiguë et franche des ganglions lymphatiques. Je n'ai pas besoin de dire que la sévérité du régime, que la nature des boissons doivent être en rapport avec le degré de réaction générale et l'état des voies digestives de chaque individu.

6.° Soit qu'on ait essayé les résolutifs, soit qu'on ait été appelé trop tard, si la maladie continue de marcher après les quatre ou cinq premiers jours, la suppuration est à-peu-près inévitable. Dès-lors les moyens précédens sont, pour ainsi dire, sans valeur, si ce n'est, dans quelques cas, pour modérer certains symptômes. A partir de ce moment, le mieux est de s'en tenir aux simples cataplasmes pour aider à la maturation convenable du foyer. Mais une fois la suppuration établie, une question sérieuse se présente : faut-il laisser au pus le soin de s'ouvrir lui-même une issue, ou faut-il que l'art vienne à son secours en divisant les tissus? dans ce dernier cas encore, faut-il se servir du caustique ; faut-il préférer le bistouri ; puis faut-il ouvrir l'abcès de bonne heure ; vaut-il mieux différer? Ces questions, qui ont été maintefois agitées à l'occasion des diverses sortes d'abcès, s'offrent surtout à l'esprit du praticien quand il s'agit d'une adénite en suppuration.

7.° En *abandonnant la maladie* à elle-même, le pus finit souvent par se faire jour, il est vrai, et la guérison n'en est pas toujours ralentie; mais, en général, on court risque alors de voir la peau se dégarnir de tissu cellulaire, se décoller, se désorganiser à tel point, que plus tard il faudra l'exciser sur de grandes surfaces. Si la suppuration est profonde, elle pourra fuser au loin, gagner dans toutes les directions, isoler, disséquer les organes avant d'arriver à l'extérieur. Les ouvertures spontanées sont ordinairement trop étroites, trop irrégulières, trop mal placées pour l'écoulement facile et complet des matières épanchées. Ainsi pour moi, il n'y a pas de doute sur ce premier point : on doit ouvrir la collection.

8.° Les *caustiques*, c'est-à-dire la potasse ou le fer

rouge, ne me paraissent préférables que dans un petit nombre de cas. Je ne les emploie presque jamais actuellement. Si la peau est mince, livide, dénudée, ils ont l'avantage de la détruire du même coup, et de laisser une plaie qui tend bientôt à se cicatriser; mais partout ailleurs ils doivent le céder au bistouri, qui, même alors, pourrait encore en tenir lieu, puisque rien ne s'oppose à ce qu'on excise sur-le-champ les tégumens décollés au lieu d'en pratiquer l'incision pure et simple. Règle générale, l'instrument tranchant vaut donc infiniment mieux que la cautérisation, surtout quand on adopte comme précepte d'y procéder de bonne heure.

9.° Les chirurgiens qui attendent une suppuration aussi complète que possible avant d'ouvrir l'abcès dans l'adénite, s'appuient sur des raisons qui me semblent mal fondées. Pendant que la fonte des tissus, que la maturité qu'ils recherchent s'effectuent, une dissection sourde, étendue, des ganglions et de la peau, peut s'opérer. En se conduisant d'après ce principe, on s'expose aux mêmes inconvéniens qu'en laissant le foyer s'ouvrir de lui-même. Par la méthode contraire, en ouvrant aussitôt que la fluctuation n'est plus douteuse, on rencontre moins de liquide à la vérité, et le dégorgement immédiat est moins manifeste; mais aussi la peau reste épaisse, doublée de sa couche cellulo-graisseuse. Les autres tissus conservent leurs rapports naturels, et les ganglions eux-mêmes ne subissent presqu'aucun décollement. Si la résolution de la tumeur, de l'engorgement, tend un peu plus à se terminer, on a en compensation une plaie qui se cicatrise généralement sans autres secours particuliers. Les foyers secondaires qui se forment quelquefois autour du premier, ne seraient point ici une objection, car ils se montrent tout aussi bien après la première méthode qu'après la seconde.

Non-seulement il vaut mieux ouvrir de bonne heure que d'attendre, quand l'adénite aiguë est suivie de suppu-

ration, mais encore il vaut mieux alors faire des incisions longues et multipliées que de simples ponctions rares et étroites ; si plusieurs points de la tumeur paraissent ramollis, se laissent déprimer comme sur autant de foyers distincts, je les incise dans toute leur longueur séparément. Je m'en tiens à une seule ouverture, au contraire, quand il n'y a évidemment qu'un foyer, et quand les tégumens ne présentent pas de plaques isolément amincies. Alors je fais cette ouverture plus longue, et de manière qu'une de ses extrémités dépasse un peu les limites inférieures de la collection. J'ai pour principe enfin, toutes les fois que l'abcès est superficiel, de l'ouvrir assez largement pour que le pus ne puisse plus stagner nulle part. S'il est profond, et que les parois n'en soient pas encore amincies, une grande incision est encore nécessaire ; mais on a droit d'espérer que l'élasticité, la résistance des aponévroses ou de la peau, suffiront pour forcer les matières à fuir par la voie qu'on leur a pratiquée.

Avant d'examiner l'adénite et l'angioleucite dans chaque région du corps, et d'exposer les observations qui servent de base à ce travail, il ne me reste plus qu'à traiter de l'adénite chronique. Ce sera le sujet du prochain Mémoire.

De l'extirpation d'un goître, par M. le professeur Roux, *observation communiquée par M.* Rufz, *interne à l'Hôtel-Dieu, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris ; avec quelques réflexions sur cette affection.*

M. Hedenus fils, de Dresde, après avoir rapporté, dans son *Traité de la glande thyroïde*, un cas d'extirpation d'un goitre heureusement opéré par M. Graefe, ajoute ces paroles : « J'espère qu'aucun lecteur ne me soupçonnera de rapporter cette belle opération dans le dessein de flat-

ter M. Graefe, ainsi qu'un homme corrompu, en publiant un nouvel exemple de son sang-froid et de son habileté chirurgicale. Je manquerais d'ailleurs de modestie, si je me croyais capable d'ajouter quelque chose à cette grande célébrité. Je n'ai eu d'autres intentions que de recueillir un fait qui peut servir à résoudre une question tant controversée, à prouver que la glande thyroïde peut être extirpée sans aucun danger. »

Et M. Rullier (*Thèse inaugurale*, 1808), à l'occasion d'une observation de M. Dupuytren, dit: tel fut le résultat malheureux d'une opération, sans doute indispensable, mais qui laisse cependant à M. Dupuytren des regrets de l'avoir entreprise. Ce grand chirurgien néanmoins voulut bien permettre que nous fissions connaître ce fait dans tous ses détails, et nous devons d'autant plus nous en applaudir, que cette opération importante et qui offrait un modèle parfait du procédé opératoire que l'on pouvait désirer, est d'ailleurs peut-être encore la seule qui ait pu fixer toutes les incertitudes qui ont régné sur la véritable doctrine de l'extirpation du goître.

Nous nous appliquons entièrement les paroles de M. Rullier et de M. Hedenus, et nous pouvons dire que les mêmes pensées qui ont engagé ces deux médecins à publier leur observation, nous engagent aujourd'hui à publier celle que l'on va lire. Si l'opération fut malheureuse, si elle doit, à notre avis, détourner d'en entreprendre de semblables, la façon sûre et hardie dont elle fut exécutée, est toute en l'honneur de l'opérateur.

Girard Jouvain, âgé de 22 ans, est né à Derblay, petit village situé près d'Argenteuil, département de Seine et Oise, au milieu d'une plaine bien aérée. Girard Jouvain a toujours habité ce village, livré aux travaux de la campagne, gardant les bestiaux dans son enfance, et labourant les terres depuis qu'il en a la force, c'est-à-dire depuis l'âge de 17 ans. Il habite la partie du village la plus élevée; la

maison qu'il occupe est bien aérée : elle consiste en un rez-de chaussée qui n'est point carrelé. Girard-Jouvain dort habituellement 8 et 10 heures. Il n'a jamais souffert de privation, mange rarement de la viande de boucherie, il se nourrit de légumes et de lard; il ne boit point de vin, ni d'aucune liqueur fermentée; l'eau est sa boisson habituelle. Les habitans de Derblay se servent d'eau de puits bien limpide, et qui n'offre rien de particulier. Girard Jouvain n'a eu dans son enfance, ni éruption du cuir chevelu, ni ophthalmie, ni abcès des membres, ni tuméfactions articulaires notables, pour qu'il en ait gardé le souvenir. Mais vers l'âge de 10 à 11 ans, il eut autour du cou des engorgemens qui s'abcédèrent, et en effet, on reconnait encore aujourd'hui deux cicatrices linéaires mobiles, longues chacune de plus d'un pouce, et qui sont situées sur le côté du cou. Girard Jouvain n'a jamais été atteint de la syphilis; il n'en a jamais présenté les symptômes primitifs, comme blennorhagie, chancres ou bubons, ni aucuns symptômes consécutifs, éruptions cutanées, ulcérations de la gorge ou tumeurs osseuses. Il n'est point sujet aux hémorrhoïdes, mais depuis 4 ou 5 ans il a, surtout pendant l'été, des épistaxis qui se répètent 5 ou 6 fois, et fournissent environ un demi-verre de sang. Ces épistaxis ne sont précédés, ni de céphalalgie, ni d'aucun symptôme particulier. Girard Jouvain n'est point sujet à la céphalalgie. Il n'a jamais eu aucune attaque d'épilepsie; il ne tousse point habituellement, n'éprouve point de douleur autour du thorax, n'a jamais eu d'hémoptysie. Ses digestions sont bonnes; il n'a jamais eu ni nausées, ni vomissemens, ni coliques, ni diarrhée. Jamais il n'a fait de maladie qui l'ait obligé à garder le lit.

Tels sont les détails que nous avons recueillis relativement à la santé de Girard Jouvain, avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 16 mai 1835. Quant à sa famille, nous avons appris que son père et sa mère sont morts, il ne peut dire de

quelle maladie, mais il nous affirme que ni l'un ni l'autre n'avaient de *goîtres*. Sa grand-mère paternelle au contraire avait été affectée de cette difformité. Son frère aîné en est atteint, mais son second frère en est exempt. Girard-Jouvain a vu plusieurs personnes du même village avec des goîtres, entre autres deux vieilles filles, dont l'une est sa marraine, et l'autre celle de son frère. Ce qui fait dire aux habitans du village, que les goîtres dont les deux frères sont atteints, sont deux *dons* ou *sorts* qui leur ont été faits par leurs marraines. Cependant les deux vieilles filles ne sont point parentes de Girard-Jouvain, et n'habitent point la même maison.

Girard-Jouvain fait remonter l'époque du développement du *goître* dont il est atteint aujourd'hui, vers l'âge de 10 ou 11 ans, c'est-à-dire à la même époque que les autres engorgemens ganglionaires se développèrent autour du cou. Ceux-ci disparurent, laissant des cicatrices, ainsi que je l'ai déjà dit, mais le goître persista, et continua à prendre de l'accroissement, sans éveiller aucune douleur, et n'occasionnant qu'une gêne légère de la respiration lorsque Girard se livrait à quelque travail un peu rude. Vers l'âge de 16 ans, le goître cessa d'augmenter de volume. Girard a noté cette particularité, non-seulement d'après son propre sentiment, mais encore d'après le témoignage de ses parens. C'est aussi vers cet âge, qu'il cessa, dit-il, de grandir. Il est d'une constitution plutôt faible que forte. Ses cheveux et ses yeux sont châtains, son teint est brun, ses lèvres peu grosses, ses dents très-blanches et complètes, ses muscles sont médiocrement développés, et les articulations ont leurs proportions naturelles. Son intelligence est très-ordinaire.

Le goître est situé sur la ligne médiane, à la partie antérieure du cou qui correspond à la glande thyroïde; son volume est égal à celui d'une très-grosse pomme de reinette; elle s'étend depuis un pouce au-dessous du menton, jus-

que sur le sternum ; mais il est bien évident qu'elle ne repose sur la région sternale que par son poids, et non point parce qu'elle a envahi les parties molles de cette région, car il est facile de la soulever, et de s'assurer que le sternum est tout-à-fait libre. La forme de la tumeur est arrondie, mais très-irrégulièrement ; elle est bosselée, et paraît composée de deux lobes très-distincts, et que l'on peut isoler l'un de l'autre, comme si c'était deux tumeurs.

La tumeur résultant du goître est très-mobile, elle se déplace en totalité avec la trachée et le larynx, sans qu'il soit possible d'imprimer à ces tuyaux aucun mouvement particulier ; on peut néanmoins distinguer la forme de la trachée et du larynx, principalement sur la ligne médiane, en écartant les deux lobes qui composent la tumeur. Quant à la consistance de la tumeur, elle n'est point partout homogène : en quelques points elle offre une fluctuation obscure ; en d'autres, elle est dure à faire soupçonner des points osseux ou cartilagineux. La peau qui recouvre cette tumeur est partout libre, et sans aucune coloration particulière. Supérieurement, on distingue l'os hyoïde, et latéralement la saillie des muscles sterno-mastoïdiens, et les pulsations des carotides, sur les flancs même de la tumeur. On sent très-distinctement battre deux artères, ayant au moins les dimensions de la radiale : elles occupent à peu près la place des artères thyroïdiennes inférieures.

Cette tumeur n'est le siége d'aucune douleur spontanée ; la pression n'en éveille non plus aucune ; le poids seul en est incommode, surtout quand Girard fait un travail qui exige des efforts. Il s'essouffle facilement, et ne peut courir aussi vîte que les jeunes gens de son âge. Sa voix est très-claire, il peut chanter ; la déglutition est facile, toutes les fonctions digestives se font très-bien, le pouls est à 72 ; point de chaleur ni de sueur ; le malade n'a pas maigri dans ces derniers temps, il ne tousse point, ne

crache point. La percussion dans tous les points du thorax est également sonore, excepté sous la clavicule gauche où elle semble un peu moins sonore qu'à droite dans le même point ; au contraire, la respiration était un peu plus forte à gauche et un peu plus sourde à droite; point d'expiration prolongée, ni de bronchophonie en aucun point. Ces résultats ont été confirmés par deux auscultations faites avec soin. Le cœur n'offre point d'impulsion anormale, ni aucun bruit particulier. Mais dans les deux carotides l'on entend un bruit de soufflet très-prononcé, simulant un bruit de *diable*. On cesse d'entendre ce bruit lorsqu'on ausculte le malade pendant qu'il est debout.

Le 26 mai, le malade étant en l'état que nous venons de dire, l'opération du goître fut ainsi pratiquée :

Une incision longitudinale est faite sur la ligne médiane, depuis l'os hyoïde, jusqu'au sternum; une autre, menée par le milieu de la tumeur de gauche à droite, joint la première, de manière à former avec elle un T. La peau et les muscles peauciers et sterno-thyroïdiens, sont disséqués et rejetés sur les côtés de la tumeur ; puis l'opérateur détache la tumeur, moitié par incision, moitié par énucléation. Il est fréquemment obligé de s'arrêter pour lier des vaisseaux qui fournissent abondamment du sang. Ce sang, dont la couleur est noire, et dont l'écoulement se fait en nappe, est en grande partie du sang veineux. Quelques-unes des veines ont pu être liées avant d'être incisées; le plus grand nombre après l'avoir été. Les plus volumineuses provenaient de la partie inférieure et supérieure de la tumeur, quelques-unes avaient le volume d'un doigt. Les artères étaient en bien moins grand nombre : elles étaient placées sur les parties latérales de la tumeur; ce sont elles surtout qui ont été préalablement liées. En somme, l'on fut obligé de placer 40 ou 47 ligatures. La perte du sang put être évaluée à une livre et demi environ. L'opération dura une heure dix minutes. La tumeur fut ex-

traite en trois portions : la première, grosse comme le poing, nous a paru être le lobe de la glande thyroïde; les autres, moins volumineuses, semblaient être des glandes lymphatiques, circonscrites, arrondies, tuméfiées comme de grosses noix, et situées dans le voisinage de la tumeur, à sa partie supérieure et à sa partie inférieure. Les ligatures ayant été coupées à rase, un linge fenêtré fut étendu sur la plaie et recouvert de charpie maintenue avec des compresses et une bande passée autour du cou.

Le malade avait supporté l'opération avec une grande résignation; il n'a poussé quelques légers cris, qu'au moment où l'on pratiqua quelques-unes des ligatures. Vers la fin de l'opération ses lèvres et sa face se décolorèrent, il pâlit beaucoup, ce qui fit qu'on lui jeta quelques gouttes d'eau froide sur le visage; mais jamais il n'est tombé en une syncope complète, car même en ce moment, il pouvait répondre à nos questions. Vers le milieu de l'opération ayant demandé à boire, il prit un peu de vin qu'il vomit quelques minutes après. Ayant été reporté dans son lit, il n'éprouva ni frisson, ni aucun mouvement spasmodique; la journée fut assez paisible. Le 27 mai (lendemain du jour de l'opération) : il n'a pas dormi la nuit; point de délire, légère céphalalgie; ce matin, une heure d'assoupissement; néanmoins il répond à toutes nos questions. La soif a été assez vive, il a bu quatre pots; vers les quatre heures de l'après-midi, hier, il a vomi une fois après avoir bu. Point de coliques ni de selles, point de toux, ni crachats, aucun frisson. Vers les onze heures du soir il a beaucoup sué de la face; le pouls, ce matin, est régulier, à 124; hier il était à 150, assez développé. La langue est rose-pâle, humide, sans aucun enduit ni rougeur; le malade demande à manger; déglutition très-facile, respiration un peu sifflante, narines pulvérulentes. — L'appareil placé autour du cou est imbibé d'un sang noir. Il n'y pas eu d'hémorhagie. Le malade se plaint d'éprouver dans la plaie quelques picote-

mens qui ont été assez vifs pour empêcher le sommeil, malgré une potion avec sirop diacode ℥ j. Il a bu quatre pots de petit lait, et a sucé une datte complète.

Ce matin, la bande passée autour du cou, et qui gênait le malade, a été retirée, ainsi qu'une grande partie de la charpie; une compresse seulement est maintenue sur le reste de l'appareil.

La journée du 27 mai fut tout-à-fait semblable à celle de la veille, le malade eut encore quelques sueurs à la face; un moment il éprouva une gêne légère à la gorge. Le pouls, ce matin, est à 124. La compresse placée hier sur l'appareil est imbibée d'une sanie sanguinolente. (Orangeade, trois pots).

Le 28, jusqu'à une heure après midi, le malade fut très-paisible; alors il commença à s'agiter. Il ne paraît avoir éprouvé aucune espèce de frisson. A trois heures il est trouvé par M. Lediberder, dans l'état suivant : face souffrante, jaune pâle, lèvres décolorées, narines largement dilatées, respiration élevée, à 38. On fixe difficilement son attention, mais peu de temps auparavant il avait parlé à la sœur de la salle; point de selle, ni de vomissement; pouls fort, vibrant, 180. Une saignée de six onces est pratiquée; immédiatement après le pouls est à 140. Le malade est froid, et ne paraît pas sentir.

Mort à six heures, sans convulsions.

Nécroscopie le 30 mai 1835, par un temps frais, à 7 heures du matin, 38 heures après la mort. — Raideur cadavérique très-prononcée dans les quatre membres; aucune coloration particulière à la partie antérieure du tronc, quelques vergetures violacées au dos.

Le sinus longitudinal supérieur de la dure-mère contient un caillot fibrineux blanchâtre, peu considérable, non-adhérent.

L'arachnoïde est plutôt pâle qu'injectée; le tissu sous-arachnoïdien n'offre aucune infiltration; la surface de l'arachnoïde offre plutôt une sécheresse extraordinaire; les

deux ventricules contiennent à peine une demi cuillerée de sérosité ; la substance cérébrale est pâle et très-ferme ; elle n'offre d'ailleurs aucune autre particularité.

La plèvre gauche est sans aucune adhérence et sans épanchement. Le poumon gauche, considéré extérieurement, est gris blanchâtre : lobule plus lisse et légèrement violacé à sa partie postérieure. On trouve le long du bord antérieur quelques vésicules visibles, ayant les dimensions d'un gros grain de sable, régulières. La surface des coupes pratiquées dans le tissu de ce poumon offre, le long du bord supérieur du lobe supérieur et dans tout le lobe inférieur, des noyaux violacés diffus, se prolongeant dans l'épaisseur d'un pouce, légèrement grenus, s'écrasant facilement, et très-distincts par leur aspect et par leur consistance des parties voisines du poumon qui paraissent plus saines. Cet état ne ressemble pas à l'hépatisation franche de la pneumonie ordinaire des adultes : il se rapproche plutôt de l'hépatisation pulmonaire chez les jeunes enfans. Les bronches ne contiennent point de mucosités. Leur membrane muqueuse est légèrement violacée, mais nullement épaissie.

La plèvre droite est sans adhérences ni épanchement. Le poumon droit est parfaitement sain dans ses deux lobes supérieurs. L'inférieur offre quelques points gris comme des *pois*, disséminés dans son épaisseur, offrant les mêmes caractères que les noyaux durs dans le poumon gauche.

Il n'existe point de tubercules, ni dans l'un, ni dans l'autre poumon.

Les ganglions bronchiques sont petits, noirâtres, résistans, non-tuberculeux.

Péricarde sans sérosité ni adhérences ; cœur un peu volumineux ; l'oreillette et le ventricule droit contiennent un caillot fibrineux, blanchâtre, très-résistant et très-adhérent à leurs parois. Le ventricule droit est assez dilaté ; ses parois offrent une ligne et demie d'épaisseur. Le ventricule gauche,

également dilaté, offre un caillot assez analogue au précédent, mais un peu moins jaunâtre; ses parois ont 5 lignes d'épaisseur. Les valvules sont partout libres, souples; celles de l'aorte ont 11 lignes de largeur, et celles de l'artère pulmonaire, 11 lignes; l'aorte, blanchâtre, sans ossification, contient du sang fluide sans caillot.

L'estomac, médiocrement dilaté, contient 3 ou 4 onces d'un liquide verdâtre; la coloration générale en est blanchâtre dans toute son étendue; un mamelonnement très-prononcé existe à la face antérieure, sur la face postérieure et près du pylore; des mucosités assez adhérentes tapissent toute la surface de la membrane muqueuse; cette membrane donne des lambeaux de l'épaisseur de 2 lignes, dans le grand cul-de-sac, de 5 à 6 sur les faces, et de plus d'un pouce le long de la petite courbure; elle est extrêmement mince dans le grand cul-de-sac, et a 1 tiers de ligne d'épaisseur au niveau des mamelons; aucune ulcération ni rougeur.

La membrane muqueuse de l'intestin grèle est blanchâtre dans toute son étendue; elle est tapissée par une matière jaune, n'offre aucune altération et donne partout des lambeaux de 3 à 4 lignes. Les glandes de Peyer sont à peine visibles; cet intestin contient un grand nombre d'ascarides lombricoïdes.

Le gros intestin, dans toute son étendue, contient des matières fécales moulées; sa membrane muqueuse est très-pâle. Les lambeaux en sont partout de 7 à 8 lignes, un peu cassans.

Les glandes mésentériques sont partout grosses comme de petits pois, légèrement rosées, nullement ramollies, ni tuberculeuses.

La rate a son volume ordinaire, et n'est pas ramollie.

Le foie est fauve-pâle, nullement ramolli, bien grenu, d'un volume ordinaire. La vésicule biliaire, médiocrement dilatée, contient une bile verdâtre très-épaisse.

Les reins sont pâles, ont leur volume ordinaire et sont

d'une bonne consistance. La vessie est médiocrement distendue et pâle.

La plaie n'offre aucun commencement de réunion ; elle offre de haut en bas 3 pouces 9 lignes, et 4 pouces dans sa plus grande largeur. Le fond en est grisâtre avec des points noirs et rouges, inégal; au niveau de quelques-uns des enfoncemens, on distingue très-évidemment du pus louable, mais en très-petite quantité. En incisant les parties sur lesquelles repose ce fond de la plaie, on reconnait du tissu cellulaire, des vaisseaux, et quelques glandes lymphatiques tuméfiées, blanchâtres ou rouges, mais ramollies ; quelques-unes de ces glandes laissent échapper un sang noir très-abondant. Au-dessous de la couche grisâtre, qui forme la couche la plus superficielle de la plaie, on rencontre une ecchymose plus ou moins considérable qui se prolonge sur tout le long du trajet des vaisseaux veineux, principalement le long de la veine jugulaire. Celle-ci est parfaitement intacte; elle offre dans son intérieur un caillot fibrineux, blanchâtre; mais ses parois sont entièrement libres et n'offrent aucune trace de pus. L'artère carotide est intacte, ainsi que les nerfs pneumogastriques et diaphragmatiques qui ont été soigneusement examinés. Plusieurs des veines et artères thyroïdiennes ont été suivies jusqu'au point de leur section dans la plaie; ni les unes, ni les autres n'ont présenté rien de particulier. L'artère thyroïdienne inférieure droite offrait 9 lignes de largeur, tandis que la gauche n'en avait que six. L'inférieure à droite offrait 4 lignes.

La plaie est circonscrite en haut par les parties situées sous le menton, entre autres par la glande sous-maxillaire qui est parfaitement saine; en bas, par le sternum et la clavicule; en dehors, par les fibres du sterno-mastoïdien qui ne sont aucunement altérées; en dedans, par les fibres du sterno-hyoïdien et thyroïdien incomplètement divisés, et par l'isthme de la glande thyroïde. C'est sur cet isthme que portait la section faite par l'opérateur dans une hau-

teur de un pouce et une épaisseur de quatre lignes environ.

Quant à la tumeur qui formait le goître même, la portion enlevée par l'opération était de la grosseur d'une orange moyenne.

A l'extérieur elle était bosselée et évidemment composée de plusieurs lobes; sa structure comprenait différens tissus entourés d'une membrane cellulaire commune:

1.° Un kyste contenant environ quatre ou cinq onces d'un liquide noirâtre ayant le reflet d'un vin d'Espagne. Dans ce liquide flottaient une infinité de petits grains jaunâtres arrondis, assez semblables à des grains de semoule, et qui se déposaient par le repos au fond du vase. Leur aspect était oléagineux.

2.° Les parois du kyste étaient formées par une membrane interne très-lisse analogue à la synoviale des articulations, et par une seconde membrane extérieure ayant la résistance et l'aspect nacré d'un cartilage.

3.° Autour du kyste et en d'autres points on retrouvait un tissu rougeâtre, granuleux, tout-à-fait semblable au tissu normal de la glande thyroïde.

4.° Çà et là, dans l'épaisseur de la glande, de véritables irradiations osseuses, comparables à des ramifications vasculaires ossifiées; ces ossifications étaient entourées par le tissu sain de la glande.

Quant à la portion de la tumeur examinée après la mort sur le cadavre, nous avons trouvé qu'elle se composait également de plusieurs élémens:

1.° De substance cartilagineuse déposée au centre de la tumeur, offrant une raie blanchâtre, dure, nacrée, de demi-ligne d'épaisseur, assez semblable à certaines cicatrices.

2.° D'un kyste à parois cartilagineuses contenant une once environ d'un liquide jaunâtre.

3.° D'un point véritablement osseux, gros comme une aveline.

4.° De quelques points dans lesquels le tissu de la glande est presque comme à l'état normal.

5.° De quelques autres dans lesquels ce tissu est infiltré d'une sérosité jaunâtre que l'on expulse facilement, et alors la glande reprend son aspect normal.

6.° De quelques autres dans lequel ce tissu est évidemment ramolli, blanchâtre, avec de petits caillots sanguins au centre, offrant quelque analogie avec le tissu encéphaloïde, ou plutôt avec le tissu d'une glande lymphatique enflammée et ramollie.

Dans son ensemble, le volume de cette seconde portion ne dépassait pas celui d'une petite pomme d'*api*; les différentes sortes de substance qui la composaient offraient une forme lobulée, les lobules étant très-distincts les uns des autres, et réunis par un tissu cellulaire fibreux intermédiaire, absolument comme se présente une masse de ganglions lymphatiques indurés.

Le pharynx était rempli d'une mucosité très-abondante qui obstruait même l'orifice du larynx. La membrane muqueuse, ainsi que celle de l'œsophage, étaient pâles dans toute leur surface; les ligamens de l'épiglotte n'étaient ni épaissis, ni violacés; la glotte, béante comme dans l'état normal; les cordes vocales saines, ainsi que les ventricules. Le larynx et la trachée, remplis comme le pharynx, d'une mucosité spumeuse. La membrane muqueuse de la trachée dans toute son étendue, mais surtout au niveau de goître, offrait une injection notable; mais elle n'était ni épaissie ni ramollie.

En résumé, un homme de 22 ans, né dans un village près Paris, d'une constitution lymphatique, ayant eu sa grand-mère et l'un de ses frères affectés du goître, étant d'ailleurs lui-même d'une assez bonne santé, offre vers l'âge de 10 ans quelques symptômes de scrofules qui disparaissent, mais après lesquels persiste un engorgement de la glande thyroïde qui s'était manifesté à-peu-près à la

même époque, et qui depuis ne cesse point de faire des progrès. Bien que ce goître n'entraîne aucun inconvénient grave pour la santé du malade, l'extirpation en est pratiquée. L'opération paraît d'abord avoir réussi, c'est-à-dire, qu'elle n'est suivie d'aucun des graves accidens primitifs qui accompagnent les grandes plaies. Cependant le malade meurt au bout de 56 heures environ après une courte agonie. Comme causes appréciables de la mort, l'autopsie ne révèle, indépendamment de la plaie produite par l'opération, qu'une pneumonie lobulaire du poumon gauche.

Plusieurs circonstances de cette observation méritent de fixer l'attention.

1.° Nous voyons d'abord qu'elle est favorable à l'opinion de ceux qui considèrent le goître comme pouvant être héréditaire, car la grand-mère et l'un des frères de notre malade étaient comme lui affectés de la même maladie.

2.° On pense généralement que le goître est endémique dans des localités qui présentent certaines conditions particulières, comme, par exemple, dans les vallées du Tyrol, de la Suisse, des Cévennes ou des Pyrénées. Mais n'est-il pas remarquable de retrouver des goîtres dans des circonstances tout autres, c'est-à-dire, dans un village situé non loin de Paris, au milieu d'une plaine? Je dois rappeler que M. Fodéré avait déjà fait observer que le goître se trouve chez des peuples qui habitent des lieux différens, et même très-élevés, soit de l'Écosse, de la Norwège, de la Laponie et de la Maurienne. M. Godelle (*Bibliothèque médicale*), a signalé le goître comme une maladie endémique dans plusieurs parties du Soissonnais, et depuis cette maladie a ésé observée dans toutes les parties de l'Amérique.

3.° Le développement du goître, dans l'observation actuelle, remonte à la même époque où se développèrent quelques tumeurs scrofuleuses autour du col. Il paraîtrait, d'après le dire de quelques auteurs, que ces deux maladies

se compliquent fréquemment. Quelques-uns vont même jusqu'à les considérer comme étant deux formes d'une même diathèse. Mais toutes les différences sont dans l'étiologie, dans la marche et dans les symptômes de ces maladies, et elles ont été signalées par M. Fodéré. Nous croyons devoir faire remarquer que Girard Jouvain ne présentait point de tubercules dans les poumons. Il en fut de même du malade opéré par M. Dupuytren, et dont M. Rullier a donné l'observation (et cette observation est la seule observation de goîtreux ayant succombé, et dont l'autopsie a été faite avec soin, que nous ayons pu trouver). Or, chez les sujets scrofuleux, nous pensons, d'après nos observations à l'hôpital des Enfans, qu'il existe généralement des tubercules dans les poumons. Ne serait-il pas curieux de savoir si les goîtreux succombent à quelque maladie particulière, et si la durée moyenne de leur vie est moindre que la moyenne ordinaire de la vie dans le pays qu'ils habitent? Mais, d'après la recherche que nous en avons faite, nous pouvons affirmer qu'aucun travail semblable n'existe.

4.° Il n'existe, en effet, presqu'aucune observation proprement dite de goître. L'histoire de cette difformité ne se trouve que dans des traités généraux; de sorte que beaucoup de points de cette histoire sont nécessairement très-incertains. Je citerai notamment la question de savoir si le goître est susceptible de dégénérer en cancer; question si importante par rapport à l'opportunité de l'opération. Beaucoup de chirurgiens résolvent cette question affirmativement, et c'est une des raisons qu'ils allèguent en faveur de la nécessité de l'opération. D'autres auteurs, au contraire, combattent cette opinion. Voici les paroles de M. Rullier (*Dictionnaire des sciences médicales*):

« La dégénérescence carcinomateuse et cancéreuse du goître est encore universellement admise; mais elle est probablement assez rare, car peu d'auteurs en citent des

observations particulières, et jamais nous ne l'avons rencontrée, soit dans les hôpitaux, soit dans les amphithéâtres d'anatomie. Lieutaud dit à ce sujet qu'il est très-rare que le goître devienne cancéreux. »

Nous devons faire remarquer que, dans l'examen du goître de Gérard Jouvain, plusieurs points de la tumeur eussent pu passer pour être formés par de la matière *encéphaloïde*.

Mais la circonstance la plus importante de cette observation est sans contredit l'opération à laquelle elle donna lieu. Considérée sous ce point de vue, nous avons voulu rapprocher cette opération de quelques autres semblables qui existent dans les Annales de la science, afin de voir s'il était possible de tirer quelque conclusion par rapport au danger ou bien aux avantages de cette opération.

Pour cela nous avons dû examiner d'abord ces autres observations elles-mêmes, afin de juger quel degré de confiance ils pouvaient mériter.

Nous avons d'abord trouvé que plusieurs auteurs qui se sont occupés du même travail que nous, notamment MM. Rullier, Velpeau et Hedenus, se plaignent que la plupart de ces observations sont faites avec si peu de soin qu'il n'est pas possible de distinguer si c'est un goître véritable ou tout autre tumeur du cou qui a été excisé. Le dernier de ces auteurs dit :

« *Minimæ parti observationum chirurgicarum quæ de glandulæ thyreoideæ extirpatione hucusque extant fidem omnem dare atque attribuere possum. Nam plurimi observatores accuratiorem descriptionem et adumbrationem illarum partium quas sub operatione lædebant imprudenter negligunt ; levique calamo et obiter pertractant ita quidem ut lector attentus, ex manca operationis unius historia vix glandulam thyreoideam excisam, tumor eo verò potius folliculos extirpatos esse auguretur.* »

En second lieu, plusieurs de ces observations sont dans

les journaux allemands. Telles sont les opérations de goître pratiquées par Vogel, Théden, Freytag, Scmlker. Ignorant la langue allemande, je ne puis en apprécier la valeur, mais je me suis convaincu que tous les auteurs français qui en ont fait mention n'en ont parlé que par tradition (notamment Bichat et Velpeau) sans remonter aux sources mêmes.

D'après le nombre des citations, ils semblerait que c'est en Allemagne que l'extirpation du goître a été tentée le plus souvent. M. Hedenus fils dit que son père l'a pratiquée six fois avec succès; mais il n'en cite aucun exemple. Suivant le même auteur, Graefe l'aurait pratiquée trois fois, et il en donne l'une des observations avec de grands détails. En résumé, l'opinion des chirurgiens allemands paraît être favorable à l'extirpation du goître, car nous voyons M. Hedenus s'écrier : « *Quantâ admiratione, quantâque laude chirurgi animus, manuumque firmitas digna sunt qui glandulam thyroideam strumosam extirpare audeat.* »

Cette opération n'a été pratiquée que deux fois en Angleterre, ou du moins nous n'en trouvons que deux exemples, et c'est dans les *Medical and surgical observations* de Gocch.

Dans l'un de ces cas, le malade, affaibli par une hémorrhagie considérable, dont on ne put jamais se rendre entièrement maître (*Iwas informed the blood was neves totally stopt*), mourut en moins d'une semaine. Dans l'autre, la malade ne fut sauvée de l'hémorrhagie que par une compression pratiquée pendant plusieurs jours de suite par des aides qui se succédaient.

On peut dire qu'en général l'opinion des grands chirurgiens anglais est peu favorable à l'extirpation du goître. Samuel Cowper en parle brièvement contre son habitude.

En France, cette extirpation a été tentée plusieurs fois, deux fois par Desault; dans l'un de ces cas, le malade sortit guéri de l'hôpital. L'observation en a été donnée avec assez

de détail par Giraud. Nous ne savons pas néanmoins ce que devint le malade après son départ de l'hôpital. L'autre cas fut suivi de la mort du malade; il ne fut point rendu public. MM. Rullier et Boyer blâment à cette occasion Desault, de n'avoir point fait connaître son insuccès, de même qu'il avait fait connaître le succès. M. Brun, dans sa thèse, dit qu'il a vu une opération de goître, entreprise par un chirurgien de province, être suivie d'une hémorrhagie mortelle sur-le-champ. M. Rullier parle d'une opération de goître, à laquelle avait assisté Percy, et qui entraîna également la mort par l'hémorrhagie. Enfin, Dupuytren a tenté deux fois cette opération, et quelle que fût son habilité, dans les deux cas la mort eut lieu. L'histoire de l'une de ces opérations a été rapportée fort soigneusement par M. Rullier (dans sa thèse, 1808); l'autre opération, qui fut faite en 1831, n'a pas été publiée. L'opération fut interrompue par une hémorrhagie dont on se rendit maître à l'aide d'une ligature.

Ainsi, de tous les faits de goîtres qui sont mentionnés dans les auteurs, nous n'en trouvons que trois qui sont décrits avec assez de détail pour donner lieu à quelques rapprochemens avec l'observation présente. C'est, 1° l'observation de Desault, rapportée par Giraud; celle de Dupuytren, par M. Rullier, et celle de M. Graefe, par M. Hedenus.

Or, en rapprochant ces faits, nous voyons que, de ces quatre opérations, deux furent suivies de guérison, et deux de mort.

Dans les deux cas de guérison (celui de Desault et de Graefe) il n'y eut qu'un lobe de la glande qui fut extirpé.

Dans le cas de mort rapporté par Dupuytren, la totalité de la glande fut extirpée; mais dans le cas présent, M. Roux s'est borné à n'enlever que le lobe droit de la tumeur.

Dans aucune de ces quatre opérations, faites il est vrai

par des chirurgiens fort habiles, il n'y eut d'hémorrhagie ; dans plusieurs des faits rapportés brièvement par les autres auteurs, nous voyons cependant que l'hémorrhagie fut un accident mortel. Les précautions prises pour éviter l'hémorrhagie furent les mêmes pour les quatre chirurgiens, c'est-à-dire la ligature des veines et des artères, soit avant, soit après leur incision.

Galien, Aétius et Albucasis (d'après M. Hedenus) rangent parmi les dangers de cette opération, la section du nerf récurrent. A la suite de cette section, Galien a observé qu'un individu était devenu muet. Dans les quatre cas en question il n'y eut rien de semblable.

Les procédés opératoires furent à peu près les mêmes; Desault et M. Roux employèrent l'incision en T; Dupuytren, une incision cruciale, et M. Graefe une incision elliptique, qui circonscrivait une portion de peau. Desault et Dupuytren détachèrent la tumeur par la dissection. M. Graefe et M. Roux la détachèrent, moitié par dissection, moitié par énucléation. La tumeur enlevée par Dupuytren était sans contredit la plus volumineuse de toutes. Elle était égale à la tête d'un enfant. Celle de Desault paraît avoir été de la même dimension que celle de M. Roux; quant à celle de M. Graefe, elle était évidemment de moindre dimension, n'ayant que deux pouces de circonférence. Le malade de Dupuytren est mort après 36 heures, celui de M. Roux, après 56; tous les deux ont présenté dans les derniers temps de la vie des symptômes assez analogues, une grande gêne de la respiration, de la pâleur.

Après la mort, les plaies, dans les deux cas, ont offert un état à peu près analogue, c'est-à-dire une suppuration à peine commençante. Nous avons trouvé une pneumonie lobulaire, une pâleur et une sécheresse du cerveau bien remarquables. M. Rullier, dans son observation, dit que les poumons étaient sains et le cerveau injecté. Malgré la pneumonie lobulaire qui existait dans notre cas, nous

croyons que la mort du sujet, comme dans le cas de Dupuytren, doit être attribuée à la gravité de l'opération.

Dans les deux cas de guérison, le malade opéré par Desault éprouva à peine un peu de céphalalgie et de fièvre. Il guérit en six semaines. Le malade opéré par M. Graefe, au troisième jour après l'opération, ressentit une gêne considérable de la déglutition et de la respiration, et il fut dans un état presque aussi grave que les deux malades qui ont succombé. Il guérit en deux mois environ.

Assurément ces faits sont trop peu nombreux pour pouvoir apprécier le degré de gravité que peut présenter l'extirpation des goîtres; mais si l'on considère que le goître n'est peut-être pas susceptible de la dégénérescence cancéreuse, ou du moins qu'il ne l'est que très rarement; que cette difformité, extrêmement fréquente dans certains pays, n'entraîne dans la majorité des cas, presque aucun inconvénient pour la santé, on rangera cette opération parmi les opérations de complaisance que les chirurgiens prudens ne doivent presque jamais entreprendre. « *I have had my opinion asked in a great number of tumors of this kind and cannot recollect an instance of their and angering life, even when enlarged to a very great size.* (Gooch, *Medical and surgical Observations*, tom. III.).

Mémoire sur l'introduction des vers dans les voies aériennes; par L. Aronssohn, *agrégé en exercice près la Faculté de Médecine de Strasbourg.*

La présence accidentelle de l'*ascaris lombricoïdes* dans les voies aériennes, est une cause de mort sur laquelle l'attention des médecins n'a encore été que très-peu fixée jusqu'à présent. Cela vient sans doute de l'extrême rareté de ce genre d'accident. En effet, lorsqu'en 1822 il s'offrit à moi pour la première fois, je ne pus trouver de cas ana-

logue dans les auteurs, si ce n'est celui que rapporte sommairement Haller. Je crois donc qu'il ne sera pas sans utilité de réunir le petit nombre d'observations que la science possède sur ce sujet important, et d'y joindre celles qui me sont propres.

Obs. I.re — Haller rapporte le fait en ces termes : *Denique inter rariores mortis causas fuisse puto quam in puellâ decenni vidi. Eam reperimus cum omnibus visceribus sanissimis, unicè verminosam, et fauces atque os lumbricis plenum, duo verò de tereti genere vermes in asperâ arteriâ, ad cordis sedem; inquè principio pulmonis aperti sunt, manifestisuffocationis autores.* (*Opuscula pathologiæ*, in-8.° Lausannæ, 1768, p. 26, obs. 10.°)

Le fait que j'ai recueilli en 1822, et que je m'étais contenté d'enregistrer, après avoir déposé la pièce anatomique au musée de la Faculté (N.° 534, *a*), est le suivant :

Obs. II.e — Barbe Roquet, petite fille bien constituée, âgée de 9 ans, fut mordue par un chien le 15 novembre 1822. La morsure consistait dans une dilacération de l'angle de de la bouche au côté droit, de plus d'un demi-pouce d'étendue.

Le lendemain, on vint réclamer des secours à l'hôpital : la plaie, dont les bords étaient inégaux, fut réunie par un point de suture. Il survint de la suppuration, et la cicatrisation ne fut complète que le 18.e jour.

Aucun symptôme alarmant ne s'était manifesté, et l'enfant continuait à jouir d'une très-bonne santé, lorsque, le 30 décembre (46.e jour après la morsure), se rendant à l'école, à deux heures après-midi, il survint subitement de la gêne dans la respiration. L'on attribua cette indisposition à un vent assez violent, contre lequel l'enfant avait été obligée de marcher. De retour à quatre heures, elle demanda à se mettre au lit, et refusa toute nourriture, se

plaignant beaucoup de la difficulté qu'elle éprouvait à respirer.

La dyspnée augmenta pendant la nuit; la petite malade ne pouvait rester couchée, et grinçait souvent les dents.

Le 8.e jour, il se joignit à l'état précédent de fortes sueurs, résultat de l'agitation continuelle que la malade ne pouvait maîtriser, bien qu'elle jouît de toute sa présence d'esprit. Ce n'était qu'à force d'instances et à de longs intervalles, qu'on parvenait à lui faire avaler une cuillerée d'infusion de valériane. Ce remède était prescrit par un médecin qui regardait ces symptômes comme hydrophobiques. Il y avait en outre suppression des urines. A une heure après minuit, l'enfant prédit sa fin prochaine, et fit ses adieux à ses parens.

Plus tard elle fut prise de vomissemens d'un liquide noirâtre.

Le 3.e jour, à six heures du matin, il survint des crachottemens continuels; l'enfant rapportait tout son mal à la partie antérieure et moyenne de la poitrine. A une heure après midi, ayant témoigné le désir de boire, on lui présenta un verre d'eau sucrée qu'elle vida avec avidité et par petites portions. Aussitôt après elle vomit ce liquide et se dit soulagée. Bientôt après elle demanda des alimens qu'elle vomit aussitôt après leur ingestion. Puis il survint un tremblement général dans les membres, suivi de convulsions et de trismus. Enfin, à une heure et demie, la mort termina cette scène de désolation; et cette enfant, qui, quarante-sept heures auparavant paraissait pleine de santé, périt au milieu des plus terribles angoisses.

Ces renseignemens ont été puisés auprès du médecin qui a traité cette jeune fille, et auprès des personnes qui l'ont soignée.

Comme un autre enfant avait été mordu par le même chien, en même temps que la petite fille, je parvins à convaincre les parens de l'importance qu'il y avait à recher-

cher la cause d'une mort attribuée à l'hydrophobie. Ils consentirent à l'autopsie du cadavre, et je priai le docteur Ehrmann (professeur actuel d'anatomie) de m'accompagner.

Quarante-huit heures après la mort, nous fîmes l'examen du cadavre avec la plus scrupuleuse attention, sans pouvoir rien découvrir d'anormal, si ce n'est la présence de trente-sept trongles (*ascaris lombricoïdes*), dont l'un, d'environ cinq pouces de longueur, se trouvait engagé en partie dans la trachée artère, et en partie dans la bronche droite : la membrane muqueuse de ce dernier conduit était injectée, et recouverte de mucosités rougeâtres. L'estomac contenait deux de ces vers ; le duodénum, huit, et le jéjunum vingt-six.

Il est encore à remarquer que les circonstances dans lesquelles la morsure a eu lieu, semblent prouver que le chien n'était pas atteint de rage. D'ailleurs l'autre enfant continua à jouir constamment d'uue bonne santé, bien qu'on eût négligé de prendre des précautions pour la préserver de cette terrible maladie.

Douze années plus tard, je lus dans un ouvrage que venait de publier M. Blandin, les lignes suivantes :

Obs. III.e — Étant interne à l'hôpital des enfants, j'ai recueilli l'observation d'un petit malheureux qui fut étouffé par un énorme vers ascaride lombricoïde, qui était remonté de l'estomac, et s'était placé dans la trachée artère, et dans la bronche droite (*Traité d'Anatomie topographique*, 2e édit., 1834, page 199).

Il est à regretter que ce chirurgien distingué n'ait fait, pour ainsi dire, que mentionner ce cas, sans indiquer quels étaient les symptômes qu'il a observés du vivant de l'enfant, et quelle étaient les traces que cet entozoaire a pu laisser après la mort, dans le tube aérien.

Un fait analogue a encore été observé à Paris, à l'hôpital des enfans, au commencement de 1835. Il a été consigné dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, tom. VIII,

page 32. Dans ce cas, à la vérité, le ver n'a pas été trouvé dans les voies aériennes, mais il s'est rencontré encore vivant dans le pharynx.

Obs. IVe — L'enfant qui fait le sujet de cette observation est une petite fille de 9 ans, qui, après deux jours de prodrômes de rougeole, éprouva subitement une anxiété extrême, une gêne très-grande de la respiration, une vive douleur à la gorge, où elle portait souvent la main, comme pour en arracher l'obstacle qui s'opposait au passage de l'air; avec cela, vains efforts de toux et asphyxie imminente. Mort enfin, 2 heures après son entrée à l'hôpital.

Il est très-probable que ces événemens qui se sont succédés si rapidement, et ont été si promptement suivis de mort, étaient dus à l'introduction du ver dans le larynx, qu'il aura quitté dans les vingt-quatre heures qui ont précédé l'ouverture du corps, pour se loger dans le pharynx, où il a été trouvé encore en vie, et ayant six pouces de longueur.

Tous les organes ont été trouvés à l'état normal, à l'exception d'un pointillé rouge assez vif qu'a présenté la muqueuse de l'estomac; vingt vers lombrics étaient contenus dans l'intestin.

On pourrait objecter ici que la muqueuse du larynx, de la trachée, ainsi que celle des bronches, ayant offert une teinte d'un ton pâle, rien ne prouve que le ver trouvé dans le pharynx ait pénétré dans l'intérieur de ces organes; mais cela devient infiniment probable, si on considère que ce séjour a dû être très-court, la mort étant survenue peu d'heures après l'explosion des accidens étrangers du reste à toute autre affection; et que, par conséquent, il n'a pu s'établir d'autre lésion qu'un état hypérémique qui se sera dissipé par l'effet même de la mort.

L'accident qui nous occupe n'a pas toujours une issue aussi funeste, comme le prouve le fait que je vais rapporter.

Obs. V.e — Mademoiselle Philippine L., âgée de 8 ans, jouissant de la meilleure santé, fut prise tout-à-coup et sans cause connue, d'une toux qui, en peu d'instans, devint très-forte et continua d'augmenter en s'accompagnant de suffocation, malgré tout ce qu'on pût faire pour la calmer.

Cet état d'angoisse durait depuis deux heures, et déjà des convulsions commençaient à s'y joindre, lorsqu'à la suite de grands efforts la petite malade rendit un strongle vivant. Aussitôt sa toux cessa complètement. On ne put avoir aucun doute sur la cause de cette toux violente avec imminence de suffocation; car l'effet cessa dès que la cause toute matérielle fut expulsée des voies aériennes.

Jusqu'à présent je n'ai eu qu'à signaler des cas survenus chez de jeunes sujets. Je vais terminer l'exposition des faits par l'histoire d'un accident semblable, devenu mortel, chez un homme déjà avancé en âge.

Obs. VI.e — George Schweig, cultivateur, âgé de 52 ans, ancien militaire, ayant reçu plusieurs blessures, maigre, d'ailleurs bien constitué, demeurant dans un lieu humide près de Strasbourg, jouissait d'une assez bonne santé, à l'exception d'une dyspnée qui était devenue habituelle. L'automne dernier, toute sa famille fut atteinte de la miliaire : épuisé par les soins qu'il avait donnés aux siens, et couchant d'ailleurs dans la même chambre, il ne tarda pas à ressentir lui-même les symptômes précurseurs de cette maladie (1). Il réclama alors les soins du

(1) La miliaire est une maladie endémique dans plusieurs contrées de l'Alsace, et se présente souvent avec le caractère contagieux : nous en trouvons un exemple dans cette malheureuse famille; non-seulement tous les membres en furent atteints, mais encore quatre personnes qui vinrent les visiter. Je renvoie au reste pour cette matière à un excellent travail d'un de mes élèves les plus distingués. (*Essai historique et pratique sur la miliaire*, présenté à la Faculté de Médecine de Strasbourg, par G. Mangin. 1834. In-4.°)

docteur Hœring, qui a bien voulu me communiquer les détails que l'on va lire.

Le 26 octobre, ce médecin trouva le malade dans l'état suivant : Prostration extrême des forces avec douleurs et engourdissement des membres ; alternatives fréquentes de froid et de chaud ; langue chargée ; anorexie ; sécheresse de la bouche ; céphalalgie ; soif très-grande, et surtout dyspnée. (Limonade légèrement émétisée ; sinapismes volans.)

2e jour. Nuit très-agitée ; sueur abondante et fétide ; dyspnée plus forte ; incontinence d'urine ; soif inextinguible ; constipation. La limonade émétisée n'avait pas été prise. (Saignée du bras de 12 à 16 onces ; huile de ricin 2 onces.)

A deux heures de l'après midi, 5 selles ; diminution considérable de la dyspnée, après la saignée, dont le sang ne présente rien de remarquable. Le soir, la dyspnée augmente de nouveau ; chaleur et pouls fébriles.

3e jour. Pendant la nuit, anxiété ; pesanteur de tête ; vertiges ; bourdonnement d'oreilles ; symptômes qui subsistent encore le matin. (12 sangsues derrière les oreilles ; frictions à la base de la poitrine avec l'onguent mercuriel stibié ; vésicatoires aux mollets ; lavement et quelques grains de calomel.)

Pendant la journée, légère amélioration ; la nuit, exacerbation de tous les symptômes.

4e jour. Éruption pustuleuse à la région épigastrique ; tête plus libre ; urine rouge et en petite quantité ; sueur abondante ; persistance de la dyspnée. (Le calomel est continué à doses graduellement augmentées.)

5e jour. Pendant la nuit, la dyspnée a encore augmenté ; la soif a été très-grande, et il est survenu de la diarrhée et de l'incontinence d'urine, tandis que les sueurs se sont supprimées. Dans la matinée, accès très-intense de dyspnée ; agitation continuelle ; plusieurs personnes ont de la

peine à retenir le malade dans son lit. (Potion calmante.)

Le soir, le malade est plus tranquille ; mais plus tard, la dyspnée s'aggrave de nouveau de la manière la plus alarmante.

6e jour. Agitation continuelle ; suffocation imminente à plusieurs reprises ; pendant la journée, difficulté extrême de la respiration, qui devient sifflante ; déglutition pénible ; le malade ne perd pas connaissance ; il se fait comprendre par gestes, ne pouvant plus parler ; il indique sans cesse la partie supérieure du sternum, comme le siége principal de ses souffrances ; vers 2 heures, la région épigastrique se tuméfie considérablement; la dyspnée s'accroît de nouveau jusqu'à la suffocation, et le malade meurt subitement à 4 heures du soir, au moment où on se disposait à lui donner un vomitif.

Autopsie cadavérique faite quarante-deux heures après la mort. — *Habitus* extérieur ne présentant rien de remarquable; nulle trace de l'exanthème miliaire; tous les viscères thoraciques et abdominaux à l'état normal, la rate seule un peu plus volumineuse. Déjà M. le docteur Hœring était disposé à attribuer cette mort subite, sans lésion cadavérique, à une paralysie des nerfs pneumogastriques, due au principe miliaire, lorsqu'il lui vint à l'idée d'inciser le larynx et la trachée-artère; dans cette opération exécutée avec des ciseaux, il coupa en deux un lombric qui s'était logé en travers sur la bifurcation de la trachée; la membrane muqueuse était injectée, et offrait dans un point une érosion superficielle. L'endroit où était placé le ver correspondait à celui auquel le malade rapportait la douleur et le sentiment de constriction.

Les symptômes que présentait ce malade dans les derniers momens de son existence, étaient évidemment produits par la présence du strongle dans le tube aérien. L'érosion avec injection vasculaire de la muqueuse, qui a persisté quarante-deux heures après la mort, dans l'endroit

même où s'est rencontré le ver, ne laisse aucun doute non plus sur son introduction durant la vie. Ce qui est difficile à déterminer, c'est le moment où l'entozoaire a passé des voies de la digestion dans celles de la respiration. Cette difficulté tient à ce que Schweig était depuis longtemps asthmatique, et se trouvait en dernier lieu atteint d'une maladie qui offrait, pour principal symptôme, un trouble marqué dans la respiration. Il paraît toutefois que l'accident a eu lieu le cinquième jour; car dès-lors les symptômes ont pris un caractère de gravité qu'ils n'avaient point précédemment, et le lendemain, le malade privé de la parole désigne lui-même le siége de son mal.

Quoique le nombre des faits parvenus à ma connaissance ne se monte qu'à six, dont la moitié m'est propre, je ne doute pas qu'un pareil accident ne soit arrivé bien plus fréquemment, et je pense qu'il suffira de réveiller l'attention des médecins sur ce phénomène, pour en voir se multiplier les observations. Je vais, toutefois, déjà tirer de ce qui est connu, quelques inductions, qui, je l'espère, ne seront pas sans quelque utilité pour le médecin praticien.

Nous voyons d'abord que, sur six cas, l'accident est arrivé cinq fois chez des enfans de 8 à 9 ans, parmi lesquels il y avait quatre filles. Cette prédilection pour la première enfance et pour le sexe féminin, tient évidemment à la prédominance lymphatique favorisée par cette double circonstance, et qui elle-même est si liée, comme on le sait, avec ce qu'on a appelé diathèse vermineuse.

D'autre part, l'observation sixième prouve que, même à un âge avancé (52 ans), l'introduction des vers dans les voies aériennes peut avoir lieu, et provoquer des accidens mortels; mais cette cause ne deviendra ici présumable, qu'autant que le sujet, comme celui de notre observation (6e), se trouvera dans des circonstances favorables au développement des vers; c'est ainsi que ce pauvre père de famille, déjà très-valétudinaire, était en proie au chagrin et réduit à une mauvaise nourriture.

Les symptômes qui peuvent faire reconnaître cet accident diffèrent, selon que le ver se trouve dans le larynx ou dans la trachée-artère, vers la bifurcation de laquelle il doit parvenir tout d'abord. Dans le premier cas il y aura, comme dans les observations 4e et 5e, de forts accès de toux avec imminence de suffocation, et mort par asphyxie, si le ver ne se dégage pas de la glotte; les malades portent sans cesse la main vers cet organe, comme pour en arracher l'hôte incommode qui s'y débat. Celui-ci est-il déjà parvenu dans la trachée, la toux sera moins intense; il y a plutôt de la dyspnée et de l'orthopnée *par accès* avec grande agitation, vomissemens, incontinence d'urine, comme dans les observations 2e et 6e; ici, la mort est précédée de convulsions (obs. 2e), ou a lieu (obs. 6e), comme si le poumon, fatigué d'une lutte incessante, se trouvait tout-à-coup privé de toute innervation.

Je ne m'arrêterai pas à établir le diagnostic différentiel qui fera distinguer les symptômes dus à l'accident qui nous occupe, d'avec ceux du croup, de l'asthme de Millar et de l'œdème de la glotte: tout médecin pourra le déduire de la comparaison des phénomènes mentionnés avec ceux de ces maladies. Un signe précieux sera l'indication fournie par le malade, d'un obstacle fixe et local qui gêne la respiration, comme cela a eu lieu dans plusieurs de nos observations.

Les moyens à employer seront : 1° de porter aussitôt le doigt vers la glotte pour en retirer le ver, si on y reconnaît sa présence; 2° si cette manœuvre est infructueuse, on imitera ce que la nature a fait dans notre observation 5e; on fera faire des efforts d'expiration; on titillera la luette pour exciter le vomissement, et au besoin on aura recours à un vomitif à effet prompt; 3° enfin, dans l'insuffisance de ces moyens, quand tous les signes se réuniront pour faire croire à la présence d'un ver dans la trachée ou dans le larynx, on se décidera à faire la trachéotomie.

Observations-pratiques sur l'incontinence d'urine ; par le docteur J. T. Mondière, *médecin à Loudun.*

Observation. — *Incontinence nocturne d'urine ; emploi de l'extrait de noix vomique ; guérison.* — Vers la fin du mois de décembre 1833, la fille du nommé Tailler nous consulta pour une incontinence nocturne d'urine, dont elle était atteinte depuis l'âge de 6 ans. Cette fille âgée de 20 ans, fraîche et forte, nous dit que dans son enfance elle avait été fréquemment et avec force battue par sa mère ; qu'à l'âge de 6 ans elle avait commencé à uriner involontairement toutes les nuits et sans en avoir conscience. Pendant long-temps sa mère la réveilla au milieu de la nuit pour la faire uriner, et cependant, malgré cette précaution, il lui est souvent arrivé d'uriner au lit, vers la pointe du jour. Aucune personne de l'art ne fut consultée alors, et l'on recourut seulement à l'emploi de quelques remèdes de commère. Plus tard les personnes chez lesquelles elle servait en qualité de bonne, consultèrent leur médecin, qui répondit *qu'il n'y avait rien à faire*, et que cette maladie passerait seulement à l'époque où s'établirait la menstruation. A 14 ans, les règles parurent pour la première fois, et revinrent régulièrement chaque mois, mais l'incontinence d'urine persista. Convaincue que son infirmité qui n'avait pas cessé, comme le médecin l'avait dit, au moment de l'établissement des règles, était incurable, la fille Tailler ne consulta plus personne, et ce fut comme malgré elle que sa mère nous l'amena pour avoir notre avis. Ayant lu dans ce journal une observation d'incontinence d'urine, contre laquelle on avait employé, avec un grand succès, des pilules d'extrait de noix vomique, nous eûmes recours au même moyen et nous prescrivîmes : Extrait de noix vo-

mique, gr. viij ; oxyde noir de fer, ʒ j ; faites 24 pilules, à prendre trois par jour.

La malade n'avait pas pris 12 de ces pilules, que l'incontinence d'urine avait déjà disparu. Mais instruit par l'expérience de M. Mauricet, nous n'en continuâmes pas moins, pour nous mettre à l'abri d'une récidive, l'emploi de l'extrait de noix vomique dont 24 grains furent pris par la malade, ce qui suffit pour assurer la guérison, qui ne s'est pas démentie depuis près d'un an. Dès les premiers jours de la cessation de l'incontinence d'urine, nous engageâmes la malade à se coucher sans uriner, et bien que cette expérience ait été répétée plusieurs fois, jamais il n'y a eu écoulement involontaire de l'urine.

L'incontinence nocturne d'urine est une affection beaucoup plus commune que l'on ne serait tenté de le croire au premier abord; et si, malgré cette fréquence, l'homme de l'art est rarement consulté, cela tient à ce que, parmi les gens du monde, règne ce préjugé que la médecine ne peut rien contre cette incommodité, et il faut en convenir, les médecins eux-mêmes ont beaucoup contribué à accréditer cette opinion. L'observation que nous venons de rapporter, en serait une preuve au besoin. Rien n'est plus incomplet aussi que ce que l'on trouve sur cette maladie dans les ouvrages même classiques, et il est facile de reconnaître que ce qu'on en dit n'est point une analyse rigoureuse des faits.

Pour nous borner ici à ce qui a rapport à la thérapeutique, nous ferons remarquer que les auteurs se contentent de dire vaguement que les amers, les toniques, les excitans, etc., conviennent en raison de la nature de la maladie, et en raison de la faiblesse de la constitution ordinaire aux enfans atteints d'incontinence d'urine. C'est à peine si l'on trouve indiqué l'emploi des cantharides, soit à l'extérieur ou à l'intérieur, moyen qui compte cependant des succès réels. Quant à l'extrait de noix vomique, médicament non

moins énergique en pareil cas, il n'en est fait aucune mention. De sorte que le jeune médecin qui, embarrassé pour traiter un malade atteint d'incontinence d'urine, consulterait ces ouvrages, espérant y trouver quelque précepte pratique, serait trompé dans son attente.

Ici, comme pour beaucoup d'autres points de médecine, il faut donc encore avoir recours, pour se guider, à ces nombreux recueils périodiques dont la littérature médicale s'est enrichie depuis le commencement du siècle, et qui sont comme ces anciennes tablettes, où chacun venait déposer le fruit de ses méditations et de son expérience. Malheureusement les observations publiées sur cette matière sont fort rares, et long-temps encore la science aura besoin de faits nouveaux pour qu'il soit possible de se prononcer sur la valeur relative des divers traitemens proposés jusqu'à ce jour. Aussi nous bornerons-nous à présenter une analyse succincte des faits qui nous sont connus.

Nulle part nous n'avons trouvé consigné un seul cas de guérison par le seul emploi des amers et des toniques, et nous connaissons une jeune dame qui a été sujette à l'incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de 14 ans, époque à laquelle parurent, pour la première fois, les règles, et qui, pendant plusieurs années, fut inutilement mise à l'usage d'un vin généreux, des viandes grillées et roties, et des médicamens les plus toniques et les plus excitans.

L'électricité galvanique, proposée par plusieurs médecins, ne compte non plus, à notre connaissance du moins, aucun succès, et M. Guersent (1), depuis si long-temps adonné à la médecine des enfans, avoue qu'il l'a toujours employée inutilement.

L'emploi des vésicatoires volans ou à demeure, autour du bassin et au périnée, a réussi quelquefois. Mais peut-être dans ce cas, ce médicament a-t-il agi moins par l'exci-

---

(1) *Dictionnaire en* 60 *volumes* T. XXIV, p. 281.

tation extérieure que par l'absorption de quelques-unes des parties actives des cantharides, qui, en vertu de leur propriété spéciale, ont agi sur le col de la vessie. S'il en était ainsi, il serait préférable d'employer cet agent à l'intérieur, et nous verrons que de cette manière il compte en sa faveur des succès incontestables.

Pour ce qui est de l'emploi des ventouses sèches au périnée, nous ne connaissons que les deux faits publiés par M. Canin (1), et qui sont deux cas de succès, ce qui devait sans doute engager à répéter cette expérience. Le sujet de la première observation était un enfant de 14 ans, d'un tempérament lymphatique, affecté de la maladie depuis deux ans, et qu'on avait essayé, mais en vain, de guérir par tous les moyens usités en pareil cas. Dix-huit ventouses sèches appliquées au périnée, dans le courant d'un mois, amenèrent la guérison. Dans la seconde observation, le malade, qui avait 16 ans, fut guéri par le même moyen répété vingt fois, et à l'aide de l'application d'un vésicatoire au sacrum.

Les bains froids ont été plusieurs fois employés avec succès par M. Dupuytren. Nous ne connaissons que le fait suivant (2) : Une jeune fille de douze à treize ans, non encore réglée, et n'offrant aucun symptôme de pléthore locale qui annonçât l'approche des règles, était depuis quelque temps affectée d'une incontinence d'urine que M. Dupuyren attribua à une atonie du col de la vessie. Ce chirurgien qui dans des cas semblables avait obtenu de bons effets de l'emploi des bains froids, prescrivit à la malade, un bain de cette nature à prendre tous les jours : on devait l'y plonger, l'en retirer, l'y replonger encore, pendant deux ou trois minutes, l'essuyer ensuite, l'habiller chaudement et lui laisser prendre de l'exercice. Jamais

(1) *Archives gén. de Médecine.* 1.re série. T. XII, p. 618.
(2) *Nouvelle Bibliothèque médicale.* 1828. T. II, p. 121.

succès n'a été plus prompt : le prqmier bain fit entièrement disparaître l'incontinence; mais par précaution on en continua l'emploi.

Resterait à examiner si ces bains froids pourraient toujours être employés sans danger, surtout chez des enfans faibles, comme sont ordinairement, de l'aveu même de tous les médecins, ceux qui sont atteints d'incontinence d'urine.

Les bains aromatiques, d'après le rapport de M. Lallemand (1), ne seraient pas moins avantageux, puisque dans la pratique de ce chirurgien aucun cas d'incontinence d'urine n'aurait résisté à leur action. Voici comment on doit préparer ces bains : on jette de l'eau bouillante sur quatre ou cinq poignées de plantes labiées, dites *espèces aromatiques*; on couvre exactement, on laisse refroidir jusqu'à température agréable, on ajoute un verre d'eau-de-vie en mettant l'enfant dans le bain, on le couvre, et on l'y laisse tant qu'il s'y trouve bien; en le retirant, on le frotte avec de la flanelle, et on l'habille chaudement. Toutefois les résultats de ce traitement sont moins prompts que ceux qu'obtenait Dupuytren de sa méthode, puisque dans celle du chirurgien de Montpellier, ce n'est guère qu'après huit ou dix bains qu'on commence à observer un changement notable, et que quinze, dix-huit et même trente, sont quelquefois nécessaires pour obtenir une cure complète. Nous ajoutons qu'après chaque cinq ou six bains, on doit augmenter la quantité de plantes aromatiques et d'eau-de-vie: si les premiers produisent trop d'excitation, il faut mettre deux ou trois jours d'interruption entre chaque.

Bien que M. Guersent dise que les cantharides à l'intérieur ne lui aient pas paru avoir une action très-marquée, et que la teinture en frictions, et à fortes doses à l'inté-

(1) *Observ. et réflex. sur les maladies des organes génitaux urinaires*. Deuxième partie. Paris, 1827. In-8.°

(2) *Dictionnaire en 60 volumes*. T. XXIV, p. 281.

rieur (un gros par jour) ne lui ait jamais réussi, cependant il existe des faits qui prouvent toute leur efficacité; et les résultats négatifs obtenus par ce médecin nous étonnent; car l'action bien positive et depuis long-temps connue des cantharides sur l'appareil génito-urinaire, doit *à priori* faire préjuger de leurs effets, confirmés d'ailleurs par l'expérience. Ainsi en 1781, M. Leiger (1), maître en chirurgie à Paris, a publié trois observations d'incontinence d'urine guérie par l'usage interne de la poudre de cantharides. Il fit mettre pour la première malade, âgée de 24 ans, six grains de mouches cantharides dans deux gros d'extrait de bourrache, et les fit partager en 24 doses, à prendre une tous les soirs. Dix-huit grains furent nécessaires. Des deux autres malades qui étaient sœurs, l'une avait quinze et l'autre treize ans; elles furent parfaitement guéries. Richter, Baumes, ont également réussi par ce moyen, et Stoeller n'eut besoin que de quatorze jours pour arrêter une incontinence d'urine par l'usage interne des cantharides (2). M. Morillon (3), médecin à Pont-Sainte-Maxence, a également guéri, par les cantharides, une jeune fille de 22 ans, atteinte depuis sept, d'une incontinence d'urine: cette fille était forte et bien réglée. Le traitement dura quinze jours et consista, matin et soir, en une pilule composée d'un quart de grain de cantharides en poudre et d'un extrait amer. Howship (4) a obtenu de semblables succès. Si à ces faits, il fallait, comme nous sommes porté à le croire, ajouter une partie de ceux dans lesquels la guérison a été obtenue au moyen de vésicatoires plus ou moins nombreux appliqués autour du bassin ou au sacrum d'après la méthode de Dickson (5),

(1) *Journal de Roux*. T. IV, p. 72.
(2) *Idem*. T. LXVII, p. 258.
(3) *Journal clinique de Lyon*. 1830. T. II, p. 554.
(4) *On diseases of the urinary organs*. Page 205.
(5) *Medical Observations and inquiries*. T. II, p. 311.

il ne devrait plus rester de doutes sur l'efficacité du moyen que nous examinons, et qui a aussi réussi à M. Samuel Lair, mais administré d'une toute autre manière.

Ce médecin, persuadé que si les nombreux remèdes employés contre l'incontinence d'urine réussissaient rarement, cela tenait à ce que ces divers moyens agissent à la fois sur le col et sur le corps de la vessie, et ne remédient pas au défaut d'équilibre qui existe entre ces deux parties, a été conduit à penser que, pour réussir, il fallait exciter l'une sans exciter l'autre. Pour atteindre ce but, M. Lair irrite modérement tout le canal de l'urètre et le col de la vessie chez la femme, et seulement la partie prostatique de l'urètre et le col de la vessie chez l'homme, au moyen de la teinture de cantharides qu'il y applique immédiatement. Pour cela il enduit une sonde d'argent de cette teinture et pratique avec elle le cathétérisme, ayant soin d'imprimer à la sonde un mouvement lent dans le sens de la direction du canal pendant une minute; il fait ensorte que la teinture de cantharides n'agisse que sur le col de la vessie et sur la partie prostatique du canal. Ce moyen fut proposé par l'auteur, dans un mémoire lu à l'Académie royale de médecine dans sa séance du 24 août 1826, et qui contenait trois observations de malades guéris par ce moyen. Personne depuis, à notre connaissance du moins, n'a eu recours à ce traitement qui a besoin encore de la sanction de l'expérience. Nous ajouterons seulement que nous savons d'un de nos confrères sorti récemment de l'école de Montpellier, que M. Lallemand a, sans succès, dans des cas de cette espèce, tenté la cautérisation du col de la vessie.

Il nous reste à parler de l'extrait de noix vomique. M. Mauricet paraît être le premier qui ait employé ce médicament contre l'incontinence d'urine; et ce sont les succès obtenus par ce médecin qui nous engagèrent à tenter ce moyen chez la fille dont nous avons rapporté l'observation, et chez deux autres malades dont l'un a guéri assez

promptement et dont l'autre n'a éprouvé qu'une amélioration assez notable. Cependant presque huit et dix jours se passaient sans qu'il urinât au lit, tandis que cela lui arrivait auparavant toutes les nuits. Dans l'espace de six semaines, nous arrivâmes à faire prendre à ce malade, âgé de 14 ans environ, jusqu'à six grains d'extrait de noix vomique par jour en trois fois. Depuis que nous l'avons perdu de vue, et qu'il a cessé l'usage du médicament, nous ignorons ce qu'est devenue son incontinence d'urine, nous savons seulement que ce jeune homme, nommé Edouard G.....d, est actuellement élevé dans une pension à Belleville, près Paris.

Que s'il restait du doute dans l'esprit du lecteur sur l'action réelle de ce médicament, nous lui rappellerions les deux faits consignés par Mauricet dans ce Journal (1), et dans lesquels l'emploi de l'extrait de noix vomique ayant été cessé à deux reprises, l'incontinence reparut, pour disparaître enfin sous l'influence d'un traitement plus prolongé.

Pour donner plus de poids encore à ces faits qui, peu nombreux sans doute, demandent à être confirmés par de nouvelles expériences, nous dirons que M. Deslandes (2) a également guéri, par l'extrait de noix vomique, une incontinence d'urine, suite de couches, chez une femme âgée de 43 ans, et que nous-même nous l'avons employé avec quelques succès dans le cas suivant, intéressant sous plus d'un rapport ; du moins nous pensons que son action n'a pas été sans influence sur la guérison que nous avons obtenue.

OBSERVATION. — *Calcul vésical volumineux, expulsé à travers une déchirure de l'urètre, chez une femme âgée ; incontinence d'urine ; emploi des sondes et de l'ex-*

(1) Tome XII, p. 403.

(2) *Bibliothèque médicale*. T. LXXII, p. 553.

trait de noix vomique ; guérison. — Le 28 janvier 1834, la veuve Thibault, de Nousilly, près de Loudun, vint réclamer nos conseils. Cette femme, septuagénaire, nous rapporta que, depuis deux ans, elle ressentait des douleurs dans la vessie, surtout au moment où elle voulait uriner; qu'elle éprouvait de forts ténesmes, suivis de douleurs plus vives que celles de l'accouchement; que souvent le jet des urines était subitement interrompu, et que si elle venait à changer de position, ou seulement à imprimer quelque mouvement au bassin, les urines recommençaient à couler; qu'il lui semblait que sa matrice était tombée, et que souvent elle se présentait à la selle, sans pouvoir satisfaire au besoin qu'elle éprouvait sans cesse; que, dans le moment où les ténesmes étaient le plus violens, elle faisait malgré elle de grands efforts, comme pour expulser quelque chose qui la gênait; enfin, que trois semaines auparavant, ayant éprouvé de plus vives souffrances encore, et se livrant à de violens efforts pour uriner, elle ressentit une douleur des plus aiguës, qui fut suivie d'une sensation de déchirement, et de l'expulsion d'un corps dur et volumineux qui tomba avec bruit dans le vase sur lequel elle était placée. Aussitôt les douleurs se calmèrent, et la malade ramassa un calcul volumineux que nous possédons encore, et dont voici la description: il est de forme oblongue; son poids est actuellement d'une once et demie, sa longueur de deux pouces, et sa largeur de quatorze lignes; sa circonférence est d'un peu plus de trois pouces; ses extrémités sont obtuses, sa surface presque lisse, sa couleur d'un blanc sale, et sa dureté considérable.

L'expulsion de ce corps ne put avoir lieu sans déchirement de l'urètre, et de ce déchirement résulta une incontinence d'urine : ce liquide coulait constamment et goutte à goutte, et, irritant sans cesse le vagin et les grandes lèvres, avait ulcéré ces parties d'où résultaient des souffrances vives et continues. Espérant toujours voir cesser

l'état fâcheux dans lequel elle se trouvait, la malade ne consulta personne, et ce ne fut que trois semaines après l'expulsion du calcul qu'elle nous fut adressée, et qu'elle nous donna les renseignemens qui précèdent.

Nous procédâmes à l'examen des parties, et nous trouvâmes tous les poils qui ombragent les grandes lèvres recouverts d'un dépôt assez épais de sels urinaires, semblable au givre que l'hiver dépose autour des branches des arbres; les grandes et les petites lèvres étaient rouges, ulcérées et très-douloureuses, ainsi qu'une partie du vagin : le pourtour de l'urètre était gonflé, et au lieu de l'ouverture arrondie de ce canal, on découvrait une déchirure oblongue et presque transversale, dont les bords rouges et frangés étaient très-douloureux. Une sonde introduite dans cette déchirure, pénétra dans la vessie, qui était considérablement revenue sur elle-même; le doigt indicateur y fut introduit à son tour, et fit reconnaître une hypertrophie des parois de cet organe. Aucun écoulement muqueux ou purulent n'annonçait de désordre grave. Nous prescrivîmes des demi-bains, et des lavages réitérés avec la décoction de guimauve.

Le lendemain nous nous rendîmes chez la malade, muni de plusieurs sondes de gomme élastique. Nous en introduisîmes facilement une de calibre ordinaire dans la vessie, et après quelques momens d'attente, nous vîmes avec satisfaction l'urine sortir goutte à goutte par l'extrémité de cette sonde. Rien ne nous parut sortir entre cet instrument et le canal déchiré. Nous fixâmes la sonde et engageâmes la malade à rester au lit, couchée sur le dos, et les jambes maintenues élevées au moyen d'oreillers.

Le 31 janvier nous revîmes la femme Thibaut; les urines n'avaient point du tout coulé entre le canal et la sonde. Nous retirâmes cet instrument, qui avait déjà besoin d'être nettoyé, et qui fut aussitôt après réintroduit. Pour le maintenir, nous fîmes usage d'une bande de toile percée près

de sa partie moyenne, d'un œillet dans lequel fut passé le bout de la sonde, qui fut ensuite retenue par un bourrelet fait au moyen d'une bande étroite de diachylon gommé roulée autour d'elle. Les deux bouts de la bande, dont le postérieur fut fendu, furent fixés à un bandage de corps. L'extrémité libre de la sonde fut introduite dans une gourde qui, supendue au devant des cuisses, était destinée à recevoir l'urine qui coulait sans cesse. De cette manière, la malade put se lever et vaquer aux occupations de son ménage. Nous conseillâmes en outre des bains de siége pour calmer l'irritation, et des injections par la sonde pour la nettoyer.

Le 2 février, la malade entra à l'hôpital : là, les mêmes moyens furent continués, c'est-à-dire qu'on donna matin et soir un bain de siége, dans lequel la malade restait une heure et plus. En y entrant elle retirait la sonde, qui était replacée immédiatement après le bain. Sous l'influence de ce traitement, le gonflement, la dureté et la rougeur des nymphes et des grandes lèvres diminuèrent d'une manière sensible, les douleurs cessèrent presque complètement, et les urines, qui coulaient après que la sonde était enlevée, n'en déterminaient plus ou presque plus. Il n'y eut rien de nouveau jusqu'au 8, mais à cette époque nous nous aperçûmes, en introduisant la sonde, que pour la faire pénétrer il fallait vaincre un obstacle qui offrait assez de résistance. Cet obstacle vaincu, l'instrument pénétrait facilement, et aussitôt deux ou trois cuillerées d'urine sortaient par la sonde. De là, il résultait évidemment que déjà le sphincter de la vessie avait repris un certain degré de force, et que, par suite, l'urine pouvait séjourner dans la cavité de cet organe. Les mêmes moyens furent continués, et nous ajoutâmes des frictions avec la teinture de cantharides à la partie interne et supérieure des cuisses, et l'usage des pilules d'extrait de noix vomique, dont nous avons fait connaître plus haut la formule.

Le 14, en introduisant la sonde, nous éprouvâmes une résistance plus grande, et, quand elle fut parvenue dans la vessie, deux verrées d'urine s'écoulèrent.

Vers la fin du mois, la femme Thibault commença à pouvoir retenir quelque temps ses urines, et nous crûmes alors devoir faire boucher l'extrémité de la sonde, afin d'empêcher ce liquide de s'échapper aussi promptement, nous proposant par là de forcer la vessie à se distendre, et à reprendre sa capacité ordinaire. D'abord la malade fut obligée d'enlever le bouchon toutes les heures, puis toutes les deux heures, et ainsi à des intervalles de plus en plus éloignés. Au bout de quelques jours la sonde fut supprimée, et l'urine dût être retenue dans la vessie en quantité notable, mais elle coulait involontairement si la malade tardait un peu à satisfaire le besoin d'uriner aussitôt après qu'il se faisait sentir. Enfin, son état s'améliora de plus en plus, et dans le courant de mars elle sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

Thomas, médecin de Londres, en rapportant (1) une observation sur une dilatation artificielle de l'urètre, chez une femme, pour extraire un corps étranger de la vessie, cite un cas analogue à celui que nous venons de rapporter, et semble douter de leur possibilité. Cependant la science possède un assez grand nombre de faits analogues, plus ou moins authentiques, et qui ne permettent pas le doute. Déjà Heister, en citant une observation qu'il avait recueillie lui-même, a indiqué dans une note (2) des faits semblables publiés avant lui. Depuis l'époque où écrivait ce chirurgien, un grand nombre d'autres cas ont été observés, et nous croyons devoir indiquer ici successivement ceux qui ont échappé à ses recherches, et ceux qui, à notre connaissance, ont été

(1) *Transactions Médico-chirurgicales*. Trad. de Deschamps. Paris, 1811, in-8.°, p. 145.

(2) *Institutions de chirurgie*. Paris, 1772; in-8.° T. IV, p. 26. —

publiés plus récemment. Consultez Tulpius (1), Bonet (2), *Transactions médicales* (3), *Collection académique* (4), *Mélanges des curieux de la nature* (5), *Journal de Roux* (6), *Archives générales de médecine* (7), *Journal de Corvisart* (8), *Dictionnaire de médecine* (9).

Nous ajouterons que les femmes qui ont fourni ces observations étaient toutes, ou presque toutes, d'un âge fort avancé, excepté cependant le sujet de celle consignée dans le Journal de Corvisart : c'était une jeune fille âgée de dix ans seulement. Le calcul qu'elle rendit, et qui est déposé dans les collections de l'École de Médecine de Paris, a deux pouces moins deux lignes de longueur; sa grosseur à l'une des extrémités qui forme une tête oblongue, est de deux pouces et quelques lignes de circonférence à son sommet. Nous dirons aussi que toutes, ou presque toutes, sont restées atteintes d'une incontinence d'urine, ce qui tient peut-être à ce qu'aucun traitement rationnel ne fut mis en usage.

Nota. Pendant que l'on imprimait ce mémoire, l'auteur nous écrit qu'il a obtenu dans trois autres cas, au moyen de l'extrait de noix vomique, une guérison prompte et complète. (*N. du Réd.*)

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur la péricardite; par Rob. Mayne, *ex-chef de clinique, etc.* *

Parmi les maladies aiguës qui peuvent affecter les viscères contenus dans le thorax, il n'en est peut-être point qui soit plus grave que l'inflammation du péricarde. Peu de

(1) *Observ. med.* Lib. III, cap. V. — (2) *Sepulchretum.* T. II, p. 585. — (3) 1677, N.° 134, art. III. — 1685, N.° 178, art. VI. — (4) *Partie étrangère.* T. VII, p. 406. — (5) Année 1676, obs. 195. — (6) 1769. T. XXXI, p. 162. — (7) 1829. T. XX, p. 289. — (8) T. VIII, p. 422. (9) Première édition. T. IV, p. 81.

* *Dublin Journal*, N.° 20.—Traduit de l'anglais par G. Richelot.

phlegmasies locales déterminent des symptômes généraux aussi intenses et aussi redoutables.

C'est à des écrivains de nos jours que nous sommes redevables des notions les plus utiles que nous possédions sur le diagnostic de cette affection. Le docteur Stokes, en particulier, a étudié avec beaucoup de succès les signes stéthoscopiques de la péricardite (2), et a prouvé que, dans un grand nombre de cas, le bruit de frottement peut la faire reconnaître avec beaucoup de certitude. Toutefois, lorsque ce signe n'est point appréciable, on n'est point en droit d'en conclure qu'il n'existe point une péricardite. Souvent ce bruit de frottement manque entièrement, surtout au début de la maladie, c'est-à-dire à une époque où il serait le plus utile de la pouvoir diagnostiquer, afin de diriger le traitement avec l'énergie convenable.

Il est donc important d'établir quelle est la valeur réelle de ce signe stéthoscopique. Tel est l'objet de ce mémoire. On y verra que plusieurs circonstances diminuent l'intensité du bruit du frottement ou s'opposent entièrement à sa manifestation; que, dans quelques cas, ce bruit n'est perçu d'une manière évidente à aucune période de la maladie, tandis que, dans d'autres, il peut être facilement confondu avec des bruits semblables qui caractérisent d'autres lésions organiques; enfin, que, dans la majorité des cas, on ne le trouve qu'à une certaine époque de la maladie, et qu'il serait, par conséquent, imprudent de négliger les symptômes généraux, pour s'en rapporter à celui-ci d'une manière trop absolue.

Obs. Ire. — Lucy Duff, âgée de 18 ans, robuste et bien constituée, entra à l'hôpital de Hardwicke, le 21 novembre 1834, pour un rhumatisme aigu qui s'était manifesté d'une manière soudaine, trois jours auparavant. Les poignets et les coude-pieds étaient particulièrement affectés.

(1) *Archives gén. de Méd.*, tome IV, 2.e série, p. 110.

Elle n'éprouvait ni toux, ni dyspnée; le stéthoscope n'indiquait aucune maladie thoracique. Elle fut traitée assez activement par les saignées et par le colchique, et l'amélioration qui suivit l'emploi de ces moyens thérapeutiques ne persista que jusqu'au 25. A cette époque, l'examen de la malade donna les résultats suivans : depuis la veille, les traits du visage s'étaient altérés d'une manière remarquable, et exprimaient une vive anxiété; pendant la nuit, les couvertures de la malade étant tombées, elle était restée exposée au froid, et, depuis ce moment, les douleurs des articulations avaient considérablement diminué; mais il s'était développé une agitation générale extrêmement pénible; la malade accusait une vive douleur épigastrique, qui devenait surtout aiguë quand on exerçait une pression vers le péricarde; elle éprouvait une sensation de pesanteur très-incommode à la région précordiale; vomissemens fréquens depuis le matin; elle préférait l'attitude verticale au décubitus horisontal; pas de palpitations; pouls 130, petit, filiforme et régulier; résonnance naturelle à la région précordiale; battemens du cœur très-forts, mais réguliers. Le stéthoscope fournissait les signes d'une légère bronchite dans une grande étendue du poumon gauche; respiration, 37 à la minute; aucun bruit anormal n'accompagnait les battemens du cœur.

On diagnostiqua une péricardite, et, en conséquence, on se hâta d'employer un traitement actif : saignées abondantes, tant générales que locales; deux grains de calomel avec un quart de grain d'opium, tous les quarts d'heure.

Le 26, mêmes symptômes; aucun bruit anormal à la région du cœur.

Le 27, pour la première fois, bruit de frottement appréciable dans toute l'étendue du thorax correspondant à la face antérieure du cœur; ce bruit, qui était parfaitement caractérisé, accompagnait les deux bruits du cœur; la région précordiale résonnait encore normalement; la dou-

leur épigastrique était un peu diminuée : il y avait un peu de salivation mercurielle ; le poumon gauche offrait encore quelques traces de bronchite.

Le 29, les symptômes généraux s'étaient améliorés très-notablement ; l'exploration du cœur donna les mêmes résultats que le 27.

Le 1.er décembre, bouche très-affectée par le mercure ; l'anxiété du visage avait disparu ; le sommeil était bon ; toutes les attitudes étaient également supportables ; douleur épigastrique nulle ; point de vomissement ; mouvemens du cœur fréquens ; impulsion de cet organe naturelle ; bruit de frottement manifeste au niveau de la partie supérieure du péricarde, nulle vers le sommet du cœur où il était très-distinct le 29 ; résonnance toujours normale à la région précordiale ; dyspnée et sensation de pesanteur de la région précordiale, complètement dissipées.

Le 3, pouls 120, régulier ; bruit de frottement nul ; convalescence.

Le 18, la malade fut prise tout-à-coup dans la nuit, d'une grande dyspnée ; d'après son rapport, sa respiration n'était point redevenue complètement libre depuis sa maladie ; depuis quelques jours, ses pieds étaient légèrement œdémateux ; oppression considérable ; décubitus dorsal impossible ; pouls très-fréquent, irrégulier, à peine perceptible ; peau froide ; visage bouffi et bleuâtre ; matité complète dans la moitié inférieure de la poitrine, des deux côtés ; absence de respiration dans les mêmes points ; battemens du cœur faibles et irréguliers ; point de bruit de frottement. La mort eut lieu le même jour.

Autopsie. — Plusieurs pintes de sérosité verdâtre dans la cavité du péritoine ; aucune exsudation à la surface de cette membrane qui n'était pas même injectée ; quantité considérable de sérosité verdâtre dans les deux plèvres, sans fausses-membranes ni aucune trace de pleurésie ; poumons sains ; muqueuse fortement hypérémiée dans la

trachée et dans les grosses bronches. Le péricarde offrait plus de volume et était plus épais qu'à l'ordinaire; il adhérait à la pointe et aux deux bords du cœur; dans le premier point, l'adhérence était si intime, qu'il était difficile de la détruire sans le secours du scalpel; le long des bords du cœur elle n'était pas si complète: elle avait lieu par l'intermédiaire d'une fausse-membrane cellulo-vasculaire que l'on pouvait facilement déchirer. La face antérieure du cœur et le feuillet correspondant du péricarde pariétal étaient tapissés par une fausse-membrane dense, résistante, granuleuse. Cette fausse-membrane, raboteuse et vasculaire, présentait, à sa surface libre, de nombreuses élévations arrondies, offrant la couleur et l'aspect général des granulations graisseuses; mais une consistance beaucoup plus considérable. Dans cet endroit, il y avait entre le cœur et le péricarde quatre ou cinq onces de liquide séro-purulent, parfaitement circonscrit par les adhérences décrites ci-dessus. La face postérieure du cœur était unie, dans toute son étendue, au feuillet correspondant du péricarde, par des brides courtes et molles de lymphe récemment organisée.

Obs. IIe. — Mary Quigly, agée de 35 ans, fut prise, le 31 juillet 1834, de douleurs lancinantes dans la poitrine; ces douleurs se faisaient sentir dans diverses directions; elles étaient promptement suivies par une toux courte, fréquente et sèche, extrêmement pénible, et accompagnée d'une dyspnée considérable. Ces symptômes firent des progrès pendant deux jours, pendant lesquels le traitement fut presque nul. La malade entra à l'hôpital de Hardwicke, le 2 août. A la visite, elle était assise sur son lit, penchée en avant; ses traits exprimaient l'anxiété; sa respiration était laborieuse; lèvres livides; visage gonflé et pourpre; sueur froide et visqueuse sur la tête et sur la partie supérieure du corps; extrémités froides; pouls 140, peu distinct, irrégulier, intermittent; la malade rapportait toute

sa souffrance à la région épigastrique, un peu au-dessous et à gauche du cartilage xyphoïde; la pression la plus légère exercée dans ce point et dans la direction du péricarde, causait une douleur extrême; aucune sensibilité à la pression vers l'hypochondre droit, ni dans toute autre région de l'abdomen; point de vomissement; langue humide et blanchâtre. Antérieurement, la poitrine résonnait bien, excepté à la région précordiale où le son était complètement mat. En arrière, le son était mat et la respiration nulle dans la moitié inférieure des deux poumons. Aucune œgophonie, aucune crépitation n'étaient appréciables en aucun point. Les battemens du cœur étaient très-irréguliers; l'impulsion de cet organe était extrêmement faible, et parfois tout-à-fait imperceptible; on pouvait distinguer les deux bruits du cœur l'un de l'autre, mais rien qui ressemblât à un bruit de soufflet ou de frottement. La malade mourut six heures après cette exploration.

Autopsie. — Foie et estomac sains; péritoine sain; grande quantité de liquide séro-purulent dans les deux plèvres qui étaient injectées et qui présentaient, à la partie inférieure des poumons, quelques lambeaux pseudo-membraneux. Le péricarde était considérablement distendu par un liquide semblable en apparence à celui que renfermaient les plèvres. Le cœur était couvert, dans plusieurs points, de lambeaux de fausses-membranes qui semblaient en partie détachés de sa surface; entre ces fragmens de lymphe organisée, l'enveloppe séreuse du cœur était légèrement injectée par places.

En examinant avec attention les symptômes variés qui ont été consignés dans les deux observations précédentes, on voit qu'ils sont l'expression très-exacte des lésions organiques produites dans le péricarde par l'inflammation. Rappelons-nous que les premiers effets de l'inflammation sur cette membrane séreuse, sont une vascularité anormale, et, le plus souvent, un état de sécheresse de

surface libre ; qu'au bout d'un temps plus ou moins long, cette surface se recouvre d'une couche de lymphe plastique qui varie beaucoup pour l'étendue et pour l'épaisseur, occupant tantôt toute la surface de la membrane, tantôt n'existant que par places, parfois tenace et adhérente ; parfois, au contraire, libre et de consistance molle ; que plus tard, il se fait, dans le péricarde, un épanchement plus ou moins abondant de sérosité, qui présente une coloration différente suivant les cas.

Tel est, dans le plus grand nombre des cas, l'ordre de succession des phénomènes anatomico-pathologiques, ordre de succession qui s'observe si généralement qu'on peut, à juste titre, diviser la péricardite en trois périodes distinctes. Ces périodes sont faciles à reconnaître dans la pratique, et, en les adoptant, on peut dissiper une grande partie de l'obscurité qui enveloppe le diagnostic de cette maladie. La première période est celle pendant laquelle la membrane offre pour toute lésion une vascularité et une sécheresse anormales, sans exsudation lymphatique à sa surface. La seconde correspond à la sécrétion de lymphe coagulable, soit seule, soit accompagnée d'un épanchement séreux *très-peu considérable*. La troisième offre et la fausse-membrane et une collection abondante de liquide.

Dans l'observation première, on trouve un exemple bien caractérisé de la première période. En effet, bien que le début de la péricardite datât évidemment du 25 novembre, et que les symptômes généraux de la maladie, savoir, la douleur épigastrique, la sensation de pesanteur à la région précordiale, les vomissemens, la dyspnée, l'anxiété, existassent depuis la même époque, cependant aucun bruit de frottement n'accompagna les mouvemens du cœur, aucune matité ne fut appréciable à la région précordiale, pendant au moins trente heures après ce début. Pendant le même espace de temps, les battemens du cœur furent fréquens, mais réguliers ; son impulsion fut forte ; le pouls

lui-même, bien que fréquent et filiforme, ne fut pas intermittent. Comment en aurait-il été autrement? L'absence de fausse-membrane entraînait l'absence de bruit de frottement; l'absence d'épanchement séreux donnait lieu au son clair de la région précordiale; l'impulsion du cœur était communiquée à l'oreille avec force et régularité, parce qu'aucun liquide n'était interposé entre le cœur et l'oreille, et n'entravait les mouvemens de cet organe.

La même observation, si on la prend du second au huitième jour, offre aussi un exemple de la seconde période de la péricardite. Un bruit de frottement devient appréciable dans toute la région précordiale, environ trente heures après le début de l'affection; ce bruit accompagnait les deux bruits normaux du cœur; la même région donnait encore un son assez clair, ce qui prouvait que l'épanchement séreux était très-modéré, et permettait encore au péricarde de frotter contre la surface du cœur.

L'observation 2.e, au contraire, présente, au plus haut degré, les caractères de la troisième période. Les signes d'une entrave apportée à la circulation étaient manifestes; le pouls était fréquent, irrégulier et intermittent; les mouvemens du cœur étaient irréguliers; l'impulsion de cet organe était faible; il semblait qu'il ne frappât pas le thorax. Tous ces symptômes s'accordaient très-bien avec la matité de la région précordiale, causée par un épanchement abondant dans le péricarde. L'examen cadavérique a montré combien les lésions anatomiques justifiaient cette interprétation des symptômes observés pendant la vie.

L'observation suivante offre, d'une manière bien tranchée, les deux premières périodes de la péricardite. C'est, en outre, un exemple de guérison, et elle prouve que la maladie peut avoir une issue favorable, sans avoir passé par la troisième période, celle d'épanchement abondant.

Obs. III. — Mary Winters, âgée de 12 ans, de constitution délicate, entra à l'hôpital de Hardwicke, dans le mois

d'octobre 1834, pour une scarlatine. La maladie suivit sa marche, sans présenter rien de remarquable, et la convalescence s'établit en peu de jours. La jeune fille resta dans un état en apparence satisfaisant jusqu'au 10 novembre, où elle fut prise tout-à-coup, vers six heures du matin, d'une dyspnée qui allait jusqu'à l'imminence de la suffocation; elle fut examinée trois heures après l'invasion des symptômes: visage anxieux, dyspnée extrême; attitude assise, penchée fortement en avant; decubitus dorsal entraînant l'imminence de la suffocation. La malade rapportait toute sa souffrance à l'épigastre; parole presque impossible à cause de la violence de la dyspnée; toux sèche, courte, fatigante; la malade n'accusait spontanément aucune sensation pénible vers le cœur; cependant, interrogée avec soin, elle répondit qu'elle éprouvait des palpitations; sensibilité très-vive à l'épisgastre, surtout quand on y exerçait une compression en se rapprochant de la région correspondant au péricarde; la pression sur les côtes au-dessus du cœur déterminait une douleur atroce; point de vomissement; langue humide et blanchâtre. Le stéthoscope n'indiquait aucune maladie pulmonaire. L'impulsion du cœur paraissait très-forte à l'œil, et contrastait avec le pouls qui, au poignet, était très-fréquent et petit. Il est assez étonnant, attendu la violence des battemens du cœur, que la malade ne se plaignît pas plus vivement de ses palpitations. La résonnance était naturelle à la région précordiale; l'impulsion du cœur communiquait un choc considérable à l'oreille; respiration, 40 à la minute; battemens du cœur fréquens, mais sans bruit de frottement. On recourut promptement à un traitement actif; saignées abondantes; calomel uni à l'opium toutes les trois heures.

Le 11, dyspnée un peu moindre; aucun bruit de frottement ni de soufflet à la région précordiale.

Le 12, bruit de frottement pour la première fois. Il était perçu dans toute la région du cœur, mais plus manifeste-

ment vers sa pointe ; il accompagnait les deux bruits du cœur et cessait d'être perçu dès qu'on s'écartait du cœur. Aucune matité anormale à la région précordiale ; bouche légèrement affectée par le mercure ; symptômes généraux amendés; pouls à 100, mais régulier ; palpitations moindres ; dyspnée beaucoup moins intense.

Le 15, fétidité mercurielle très-prononcée ; gencives très-douloureuses ; douleur épigastrique nulle ; bruit de frottement très-distinct ; pouls à 115. (On supprima les pilules mercurielles, et l'on prescrivit : teinture de digitale, gut. X, dans mixture camphrée, ℥j, trois fois par jour).

Le 18, la malade s'était levée les deux jours précédens, et paraissait convalescente. Dyspnée, toux, douleur épigastrique et palpitations complètement dissipées. Point de matité anormale à la région du cœur. Pouls à 100, régulier ; aucun bruit de frottement ; battemens du cœur réguliers ; impulsion naturelle.

La malade est sorti guérie le 20.

On peut demander comment se termine la première période de la péricardite ? Se transforme-t-elle graduellement dans la seconde, ou bien la résolution s'effectue-t-elle ? On ne peut répondre ici que pour les faits qui viennent d'être cités ; et, dans les deux cas où la première fut manifestement observée, cette période fut promptement suivie par l'exsudation lymphatique. Ceci n'est toutefois qu'une preuve négative contre la possibilité d'une terminaison aussi désirable que celle par résolution.

Dans les inflammations des autres membranes séreuses, l'épanchement d'une lymphe plastique, qui détermine l'adhérence des deux feuillets de la membrane, est le résultat le plus heureux qu'on puisse attendre. Mais pour la péricardite, une telle terminaison n'est point à désirer ; car l'adhérence du péricarde au cœur constitue une maladie incurable de ce dernier, par la gêne qui en résulte pour ses mouvemens, et par les efforts qu'il est obligé de faire pour

vaincre cet obstacle. On voit, dans l'observation 1re, que cette lésion peut donner lieu à des épanchemens séreux considérables et promptement mortels. Il serait donc de la plus haute importance de savoir jusqu'à quel point la résolution peut être espérée dans la première période de la péricardite. Malheureusement il sera toujours difficile de prouver que la résolution a lieu réellement; car cette période entraîne rarement la mort, et les symptômes en sont assez peu tranchés pour qu'on puisse à la rigueur en nier l'existence.

La seconde période de la péricardite peut se terminer de diverses manières; souvent le malade meurt dans cette période; tantôt elle passe à la troisième période, ainsi qu'il a été dit; tantôt l'adhérence du péricarde et l'oblitération complète de la cavité de cette membrane lui succèdent; enfin, il y a tout lieu de croire que la lymphe plastique peut être résorbée, et alors la guérison est permanente. Telle est la terminaison vers laquelle doivent tendre tous les efforts du médecin; mais les faits manquent pour qu'on puisse établir jusqu'à quel point on peut compter sur elle.

La troisième période de la péricardite aigüe est le plus souvent mortelle. Cependant, le liquide peut être absorbé et la guérison est possible. Cette marche favorable s'annonce par la diminution de la matité, l'amendement des symptômes généraux, et quelquefois, par la réapparition du bruit de frottement, lorsque les deux feuillets du péricarde reviennent au contact.

L'observation suivante justifie plusieurs des idées émises ci-dessus.

Obs. IV. — Ellen Hore, âgée de 20 ans, jeune fille bien constituée, entra à l'hôpital de Hardwicke, le 26 août 1834, pour un rhumatisme aigu qui durait depuis cinq jours. La poitrine fut explorée avec soin, et le stéthoscope n'y indiqua aucune maladie. Les saignées, tant générales que locales, les purgatifs et le colchique furent employés avec

succès. Le 28, les douleurs articulaires avaient presque entièrement disparu; le pouls était à 90 et mou; la langue se nettoyait; les selles étaient naturelles.

Le 29, traits altérés depuis la veille et exprimant l'anxiété; sensation de pesanteur douloureuse dans la région du cœur, qui s'est manifestée subitement à une heure du matin; point de toux; point de dyspnée; un peu de sensibilité à l'épigastre; pas de palpitations accusées par la malade, bien que les battemens du cœur soient évidemment beaucoup plus énergiques qu'à l'ordinaire; légère matité à la région précordiale; impulsion du cœur très-forte; pouls 130, petit et régulier; bruit de frottement manifeste dans toute la région du cœur, accompagnant les deux bruits de cet organe, et réveillant l'idée de deux surfaces unies qui frotteraient l'une contre l'autre. (Même traitement que dans les cas précédens).

Le 30, visage plus calme; sensation de pesanteur de la région précordiale moins pénible; impulsion du cœur moins violente; bruit de frottement se rapprochant considérablement du bruit de soufflet; pouls 115, régulier.

Le 31, bouche affectée par le mercure; haleine fétide.

Le 1er septembre, sensation de pesanteur de la région précordiale augmentée; matité très-prononcée; bruit de frottement complètement nul vers la pointe du cœur, mais toujours appréciable vers sa base; impulsion du cœur considérablement diminuée; douleurs articulaires tout à fait nulles; pouls fréquent et faible. (Un vésicatoire sur le cœur).

Le 3, retour des douleurs aux membres; visage plus calme; pouls 120, mou et régulier; langue moins sale; sensations pénibles de la région du cœur diminuées depuis l'application du vésicatoire; matité moins prononcée; bruit de frottement dans toute l'étendue de la région précordiale; impulsion du cœur comme le 1er septembre.

Le 5, aspect général meilleur; sommeil; sensation pé-

nible de la région du cœur nulle; point de bruit de frottement; seulement, un bruit rauque à peine appréciable accompagne le second bruit du cœur.

Le 9, pouls à 116; matité diminuant rapidement, battemens du cœur naturels.

La dernière exploration de la malade fut faite le 20 novembre, six semaines après le début de sa convalescence : aspect général de la meilleure santé; cependant quelques légères douleurs dans les articulations; pas de palpitations; respiration naturelle dans toute l'étendue de la poitrine; résonnance normale de la région précordiale; pouls 90, régulier.

Cette observation présente plusieurs traits remarquables; elle offre un exemple bien tranché du passage de la seconde période à la troisième. On y voit aussi la résorption complète d'un épanchement abondant; en d'autres termes, une terminaison favorable de la troisième période de la péricardite.

Obs. V. — Peter Byrne, âgé de 35 ans, entra à l'hôpital de Hardwicke, le 15 août 1834. C'était un homme robuste, qui n'avait jamais été malade. Cinq jours avant son entrée, il fut pris subitement de douleurs lancinantes, au défaut des côtes, en arrière; ces douleurs gênaient la respiration et causaient une grande anxiété; elles occupaient les lombes, à peu près au niveau des reins. Il offrit l'état suivant : traits exprimant la souffrance; douleurs rapportées uniquement à la région lombaire; ni toux, ni palpitasions; sensibilité extrême de l'épigastre, dont le malade ne se plaint que lorsqu'on presse sur cette région; pas de vomissemens; langue humide et blanche; orthopnée; respiration, 44 à la minute; côté gauche du dos, mat dans toute son étendue; œgophonie très-intense dans la même région; résonnance normale de la région du cœur, bruit de frottement accompagnant les deux bruits du cœur; appréciable dans toute l'étendue de la région précordiale, impulsion du

cœur très-intense; pouls 135, petit et régulier. On diagnostiqua une pleurésie et une péricardite. (Traitement comme dans les cas précédens.)

Le 16, respiration précipitée; pouls à 140, variable, faible, intermittent; langue sèche et brune; dents fuligineuses; matité très-prononcée à la région précordiale; impulsion du cœur très-affaiblie, irrégulière; bruit de frottement nul, excepté à la base du cœur. Mort quelque temps après cet examen.

Autopsie. — Collection séro-purulente dans la plèvre gauche; fausse-membrane molle, adhérente à toute la face postérieure du poumon de ce côté; péricarde considérablement distendu par un liquide semblable à celui de la plèvre, contenant de nombreux flocons et des fragmens libres de lymphe plastique; cœur entouré à sa base d'une couche de lymphe molle, mais très-tenace; fausse-membrane recouvrant également la partie correspondante du péricarde pariétal; le reste du cœur était libre de toute fausse-membrane; les reins et les autres parties situées dans la région lombaire étaient à l'état normal.

Dans ce cas, comme dans le précédent, le bruit de frottement se refugie à la base du cœur, en même temps que la matité augmente. Ici, en l'absence de symptômes généraux suffisans, les deux phlegmasies concomitantes sont diagnostiquées avec certitude, à l'aide des signes stéthoscopiques. Cette observation offre un exemple du passage de la seconde période de la péricardite à la troisième; en effet, la partie supérieure du péricarde offrait bien les traces de la seconde période, tandis que la partie inférieure offrait celle de la troisième.

On a prétendu que le bruit de frottement, qui s'observe dans les inflammations séreuses, est dû à la sécheresse anormale que produit, dans les membranes enflammées, la suspension de leur sécrétion accoutumée, et que ce bruit résulte du frottement des deux membranes desséchées l'une

contre l'autre. Les faits qu'on vient de lire démentent cette assertion. Dans deux d'entre eux, le bruit de frottement ne se fit point entendre pendant les 30 premières heures qui suivirent le début de la maladie, c'est-à-dire, à une époque où cette sécheresse devait exister au plus haut degré; et dans l'observation 5ᵉ, l'inspection cadavérique fait voir une fausse-membrane dans le point correspondant à la région où, pendant la vie, le bruit de frottement était perçu.

Ainsi qu'il a été dit en commençant, le bruit de frottement observé à la région précordiale est loin d'avoir toujours la même valeur relativement au diagnostic de la péricardite. Lors même qu'il est manifestement limité à une partie de la région précordiale, il peut encore induire en erreur. La portion de plèvre correspondante peut être recouverte par une fausse-membrane; de telle sorte que, le cœur heurtant contre cette plèvre, il en pourra résulter un bruit de frottement, qui sera encore produit lors même qu'on prescrira au malade de suspendre momentanément sa respiration.

Obs. VIᵉ. — Felix-Skeppard entra à l'hôpital de Whitworth, le 22 juillet 1834, pour une anasarque aiguë. Peu de temps après son entrée, il fut pris d'une inflammation diffuse du tissu cellulaire du cou, qui s'étendit rapidement à la poitrine et à l'abdomen. Les parties enflammées étaient extrêmement sensibles; le pouls était fréquent et petit; la fièvre était intense et de caractère typhoïde; le malade ayant accusé quelque malaise vers le cœur, on explora la région précordiale; mais le stéthoscope n'y fit rien découvrir de particulier; les mouvemens du cœur parurent fréquens et faibles; mais ils n'étaient accompagnés d'aucun bruit anormal. La mort eut lieu deux jours après l'apparition de l'inflammation diffuse du tissu cellulaire.

Autopsie. — Le péricarde contenait sept à huit onces de

pus clair. Sa cavité ne renfermait aucune fausse-membrane; il était un peu injecté par places (1).

Ce fait est remarquable en ce que l'inflammation du péricarde fut assez intense pour donner lieu à la formation du pus dans sa cavité, ce qui est très-rare, sans qu'il se fût fait aucune exsudation lymphatique; en ce que l'on n'observa pendant la vie aucun symptôme général qui ne pût être rapporté à l'inflammation cellulaire concomitante, de sorte que la péricardite était réellement à l'état latent. Mais remarquons surtout que, pendant toute la maladie, les signes stéthoscopiques de la péricardite ne se manifestèrent jamais; ce qui s'explique, d'ailleurs, par l'absence complète de toute exsudation lymphatique, et, par conséquent, des conditions qui sont nécessaires à la production du bruit de frottement.

Les signes fournis par l'auscultation, considérés isolément, sont donc insuffisans pour étayer le diagnostic de la péricardite. Voyons si les symptômes généraux ou fonctionnels, étudiés avec soin, ne peuvent pas être d'une grande utilité. Celui qui se présente le premier à notre attention, c'est la *sensibilité de l'épigastre*; il peut être considéré comme le symptôme général le plus caractéristique de cette maladie. Sur onze cas, observés aux diverses périodes de l'affection, il existait dans dix; dans cinq de ces derniers, il constituait la principale souffrance du malade; il ne parut point propre en particulier à une période de la maladie plutôt qu'à une autre; mais, dans tous les cas où il fut observé, il persista sans diminution, jusqu'à ce que l'inflammation commençât à perdre de son intensité. Ce symptôme est commun à plusieurs autres affections; cependant, il est possible de reconnaître s'il dépend d'une péricardite

(1) Outre les six observations qu'on vient de lire, M. R. Mayne en a recueilli cinq autres qu'il n'a pas ajoutées à son mémoire, dans la crainte de le rendre trop long.

ou d'une autre maladie. Dans la péricardite, la sensibilité morbide occupe principalement la moitié gauche de l'épigastre ; elle devient extrêmement vive, quand une pression est faite dans la direction du péricarde, sous les fausses côtes ; elle est plus circonscrite et occupe un plus petit espace que celle qui dépend d'une maladie de l'abdomen ; elle est caractérisée en outre par la gravité des troubles généraux qui l'accompagnent ; enfin, elle ne coïncide point avec les symptômes ordinaires de la gastrite, tels que les états variés de la langue, la soif vive, les nausées, les vomissemens, le désir des boissons fraîches, le hoquet, etc.

Après la sensibilité morbide de l'épigastre, vient la *dyspnée ;* elle existait aussi dans dix cas sur onze. Elle fut observée sous deux formes : dans la première, elle était le principal objet des plaintes du malade ; dans l'autre, elle n'était point accusée par le malade, bien que la respiration s'élevât à 35 ou 40 à la minute. La dyspnée est un symptôme qui accompagne presque toutes les affections thoraciques ; aussi, prise isolément, n'a-t-elle que peu de valeur. Mais, combinée avec les signes négatifs fournis par le stéthoscope, elle devient très-importante. En effet, quand les poumons sont sains, et quand il n'y a aucune manière de se rendre compte de cette dyspnée, on doit fortement soupçonner qu'elle dépend d'une maladie du péricarde.

Le *pouls* présente de grandes différences suivant les cas, et ne peut, par conséquent, être d'un grand secours. Toutefois, il n'est point inutile d'étudier son caractère aux diverses époques de la maladie. Dans dix cas sur onze, la circulation fut extrêmement rapide à toutes les périodes ; dans quelques cas, le nombre des pulsations s'éleva à 140, et rarement fût-il au-dessous de 120. Dans les deux cas où l'on diagnostiqua la première période de la maladie, le pouls fut très-fréquent, mais régulier et filiforme. Dans la seconde période, il présenta quelques variétés ; à une seule exception près, il fut très-fréquent ; dans la grande majo-

rité des cas, il conserva sa régularité; dans quelques-unes, il s'accompagna d'un frémissement particulier, et deux fois seulement il fut intermittent. Dans toutes les observations de péricardite à la troisième période, le pouls se montra faible, petit, irrégulier et intermittent.

Les *palpitations* ont beaucoup moins de valeur qu'on ne le croirait d'abord. C'est une chose étonnante que de voir le cœur battre avec une énergie effrayante sans que le malade paraisse en avoir la conscience. Dans un petit nombre de cas seulement, les malades ont accusé des palpitations; dans un bien plus grand nombre, ils éprouvaient une sensation de *suffocation*, de *pesanteur à la région du cœur*, et de *constriction*, qui était excessivement pénible.

L'*expression du visage* est très-caractéristique; elle était bien dessinée dans presque tous les cas; il n'est guère possible de la décrire, mais elle peut être très-utile pour des yeux exercés.

Il n'est point inutile de faire observer que, sur onze cas de péricardite, cinq ont eu lieu chez des sujets qui étaient auparavant atteints de rhumatisme aigu. Dans quatre de ces derniers, il y a eu métastase évidente de l'inflammation des articulations des membres au péricarde, tandis que, dans le cinquième, le rhumatisme ne parut point être influencé par la péricardite intercurrente. Il semble donc que la cause la plus fréquente de la péricardite, consiste dans une sorte de transport de l'inflammation rhumatismale.

Parmi les signes stéthoscopiques, il n'a été parlé jusqu'ici, dans ces considérations, que du bruit de frottement. Il reste à dire quelques mots de l'impulsion du cœur et des résultats de la percussion sur la région précordiale.

Dans la première période, l'impulsion du cœur était assez forte pour communiquer à l'oreille une sensation désagréable; cette impulsion était hors de proportion avec la force beaucoup moindre des battemens de l'artère radiale. Dans la seconde période, elle était également au-dessus de l'état

normal. Dans plusieurs cas, elle était considérablement plus énergique qu'à l'état normal; dans quelques-uns, elle était violente; dans un cas seulement, elle était sans augmentation. Dans la troisième période, l'impulsion du cœur fut constamment irrégulière et intermittente, faible, et réveillait l'idée d'un liquide interposé entre le sommet du cœur et les parois thoraciques.

La résonnance de la région précordiale était claire dans la première période de la maladie. Dans la seconde période, le son est aussi en général clair; cependant on peut trouver un peu de matité, quand il y a un commencement d'épanchement; cette circonstance a été observée deux ou trois fois dans les faits cités. Dans la troisième période, il existe constamment une matité plus ou moins prononcée et étendue, suivant la quantité du liquide contenu dans le péricarde. Toutefois, cette matité pouvant reconnaître un grand nombre de causes, elle a peu de valeur prise isolément.

Pour résumer tout ce qui a été dit dans ce mémoire, on peut poser les principes suivans :

1° La péricardite peut être divisée en trois périodes distinctes, qui diffèrent considérablement l'une de l'autre et par les symptômes généraux et par les signes physiques. Cette division est propre à éclairer le diagnostic de cette maladie.

2° Dans l'état actuel de la science, il n'existe aucun signe stéthoscopique qui puisse être considéré comme pathognomonique de la première période; ce qui est d'autant plus à regretter, que c'est alors qu'on pourrait retirer les avantages les plus décidés d'un traitement anti-phlogistique énergique.

3° Dans la grande majorité des cas, la seconde période s'accompagne d'un bruit de frottement ou de l'une des modifications de ce bruit. Quand il existe, on peut affirmer, presque avec une certitude complète, qu'il existe

une fausse-membrane à la surface du péricarde ; toutefois, ce symptôme peut induire en erreur.

4° La troisième période ne s'accompagne d'aucun bruit de frottement ; mais alors la percussion donne des résultats très-utiles.

5° La péricardite peut, dans quelques cas, accomplir son cours tout entier sans présenter jamais aucun signe stéthoscopique.

6° Il arrive quelquefois que les signes fournis par l'auscultation et la percussion ne suffisent point pour qu'on puisse asseoir sur eux son diagnostic.

7° Les symptômes généraux ou fonctionnels qui, pris isolément, ne fournissent que des données incertaines, deviennent, quand ils sont étudiés collectivement, des signes puissamment caractéristiques.

8° Dans l'état actuel de la science, ce n'est qu'en établissant avec soin une comparaison entre les symptômes généraux et les signes stéthoscopiques, que l'on peut arriver à diagnostiquer avec précision la phlegmasie aiguë du péricarde.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie pathologique.

Le fascicule 56e du Journal italien, *Il Filiatre Sebezio,* renferme les observations suivantes relatives à l'anatomie pathologique :

HYPERTROPHIE DU FOIE ET DÉGÉNÉRESCENCE SQUIRREUSE DE LA RATE. — Chez un homme mort à la suite d'une fièvre rémittente, le docteur Salvatore de Renzi a trouvé le foie hypertrophié. La rate était également hypertrophiée ; mais sa capsule fibreuse offrait une altération toute particulière. Elle était transformée en un tissu lardacé, épais de cinq à six lignes. Cette transformation, dit l'auteur, était très-analogue à celle que l'on désigne sous le nom de squirre. Ce tissu criait sous le scalpel comme le lard dur, et paraissait constitué par des cellules fibreuses dans lesquelles une substance assez semblable à du suif s'était déposée.

Nævus du visage. — Le docteur Salvatore de Renzi décrit avec beaucuup de détails, un nævus ou tumeur érectile, remarquable par son étendue. Elle occupait une grande partie du visage chez un homme âgé de 60 ans, mort d'une pleuro-pneumonie.

Hypérémie des reins; rétrécissement remarquable de la vessie; diabète non sucré; *par le docteur Salvatore de Renzi.* — Ignazio Rossi, âgé de 60 ans, entra à l'hôpital, avec tous les symptômes d'un diabète insipide dont il était atteint depuis quatre mois. Emissions fréquentes et abondantes d'urine, sans difficulté; peau sèche, chaude et décolorée; mouvement fébrile vers le soir; habitude du corps un peu fatiguée, etc. Sous l'influence des bains chauds et d'un médicament désigné sous le nom de *Album de albo de Thomas Cornelius*, le malade parut reprendre un peu; mais tout à coup la respiration devint difficile, les forces diminuèrent considérablement, et la mort arriva le septième jour, avec les symptômes d'une congestion thoracique.

Autopsie. — Le foie, les intestins, la rate, étaient à-peu-près à l'état normal; le péritoine était seulement un peu injecté. Les reins étaient sains quant à leur texture, mais ils présentaient une légère hypérémie. La vessie était rétrécie, atrophiée, semblable à un simple conduit. Le long du trajet de l'artère splénique, s'étendait, entre l'artère et la veine, une espèce de cordon ossiforme, dense et dur, constitué par la déposition de phosphate de chaux dans le tissu cellulaire; cette circonstance rare parut digne de remarque. Traces de pleurésie à droite; plèvres injectées et rouges, renfermant environ cinq livres de sérosité sanguinolente au milieu de laquelle nageaient une substance albumineuse et quelques fragmens pseudo-membraneux. Ainsi l'abondance de la sécrétion urinaire fut expliquée par l'hypérémie des reins, et la fréquence de l'émission de l'urine par le rétrécissement de la vessie.

Pathologie.

Le même fascicule du *Filatro Sebezio* ne renferme qu'une observation sur la pathologie; c'est celle d'une anse intestinale éliminée ar le rectum; nous donnerons cette observation dans notre prochain numéro, en la réunissant à plusieurs autres semblables.

On lit dans le *Rust's Magazin für gesammte Heilkunde*, (t. XLIII, première partie):

Plaies multiples de la tête; esquille formée par un éclat de la table interne du crane. — Un homme vigoureux reçut à la tête

plusieurs blessures faites par un couteau de chasse et des coups de crosse dans le dos. Il tomba sans connaissance, et perdit une notable quantité de sang. Admis le lendemain à la Charité, il avait sa connaissance et n'éprouvait d'autre trouble fonctionnel qu'un sentiment de pesanteur et d'embarras à la tête. De neuf plaies par instrument tranchant ayant dix-huit lignes de longueur, deux seulement, situées à droite, pénétraient jusqu'au crâne, qui lui-même n'était point entamé, mais simplement dénudé. Soumis à un traitement antiphlogistique, le malade mourut le quatorzième jour après l'apparition d'une *paralysie des poumons*. A l'autopsie, on trouva du côté droit du crâne une esquille formée par un éclat arrondi de la table interne, de 18 lignes de diamètre, et une fêlure s'étendant à gauche, depuis l'angle antérieur et supérieur de l'occipital jusqu'à l'apophyse basilaire, avec épanchement en ce point et en plusieurs autres, d'une assez grande quantité de sang et de pus au-dessous de la dure mère.

Carie de l'orbite. — Un ouvrier, âgé de 30 ans, fut atteint de carie de l'orbite, à la suite d'un abcès métastatique dans cette cavité, après de violentes attaques de rhumatisme. La paupière supérieure était repoussée jusqu'au-devant du bord orbitaire supérieur, par une grande quantité de pus amassé dans l'orbite.

A sa partie moyenne on voyait deux abcès fistuleux, dont s'écoulait sans cesse un pus sale et fétide, et dont le trajet canaliculé laissait pénétrer la sonde jusqu'au fond de la paroi interne de l'orbite, où l'on sentait l'os dénudé et rugueux. Un autre abcès globuleux assez considérable siégeait à l'angle interne qui se trouvait déplacé de haut en bas; le globe de l'œil, encore recouvert de la paupière supérieure, était immobile au côté externe et inférieur de l'orbite; la pupille était élargie et peu mobile, et la conjonctive rouge et boursouflée. La paupière inférieure, du reste normale, était en partie adhérente au bulbe oculaire jusqu'au bord de la cornée. Lorsque le malade faisait une forte expiration après s'être bouché les narines, l'air sortait avec force en s'accompagnant d'un jet de pus, par l'ouverture fistuleuse la plus rapprochée de l'angle interne de l'œil, ce qui indiquait l'existence d'une destruction de l'os lacrymal. La vue du côté malade était notablement altérée. On reconnut facilement dans la tumeur fluctuante indiquée, des parcelles osseuses détachées, pour l'extraction desquelles on pratiqua sur l'abcès une incision semi-lunaire qui divisa en même temps les deux ouvertures fistuleuses. Il s'écoula une grande quantité de pus, et indépendamment de plusieurs parcelles

osseuses plus petites, on retira avec les pinces un fragment osseux applati, irrégulièrement quadrangulaire, ayant près d'un pouce carré, formé probablement par la lame de l'ethmoïde frappée de nécrose. Les adhérences de la paupière furent détruites à l'aide d'un petit bistouri boutonné, et le retour de cette disposition fut prévenu par l'abaissement de la paupière au moyen d'un bandage approprié. Aussitôt après l'opération, on fit des applications froides; plus tard on employa des fomentations et des injections faites avec une infusion de camomille et de l'eau de saturne, et la guérison fut promptement obtenue.

Recherches sur la nature des maladies chroniques de l'abdomen. — L'auteur attribue l'origine du plus grand nombre de ces maladies à un trouble existant dans le système veineux abdominal. Ce travail est compris dans un article ayant pour titre : *Beitræge Arztlichen Erfahrung*, par le docteur C. A. Tott.

Contagion. — Le docteur Fischer, d'Oels, a écrit dans le même cahier du *Rust's Magazin*, un mémoire intéressant sur cette question : *L'infection est-elle à craindre de la part du cadavre d'un individu mort d'une maladie contagieuse?*

—On lit dans l'*Edinburgh medical and surgical Journal*, N.° 124, p. 41 :

Mémoire sur la restauration des os fracturés; *par George Gulliver*. — Travail intéressant d'érudition. *Conclusions*: La consolidation des fractures des os ne peut être comparée ni à la formation primitive des os, ni à la cicatrisation des parties molles. On n'a donné jusqu'à présent aucune théorie qui puisse embrasser tous les phénomènes que l'observation permet de reconnaître dans cette consolidation. Dans les cas de fracture simple du corps des os longs, il paraît que les premières transformations du travail réparateur ont leur siége dans les parties molles coutiguës, particulièrement dans les tissus fibreux et cellulaire qui subissent la transformation osseuse avant qu'il se forme de cette substance entre les deux fragmens. La capsule ainsi formée peut être remarquablement épaisse, ou, au contraire, tellement mince qu'on la perçoive à peine à travers les tégumens. La matière osseuse, de nouvelle formation, s'unit de très-bonne heure, à la surface externe de l'os, à une certaine distance de l'extrémité des fragmens, et la consolidation marche, de chaque côté, à partir de ce point, jusqu'à ce que les deux bouts des fragmens soient enclavés dans une cage osseuse. En examinant, dit l'auteur, les nombreux échantillons de fractures que contiennent nos musées d'anatomie pathologique, on remarque

que les fragmens sont ordinairement réunis par des portions osseuses de nouvelle formation qui s'étendent de la surface externe de l'un des fragmens à celle de l'autre, et non de l'extrémité d'un fragment à celle de l'autre, circonstance qui est surtout frappante dans les cas où la lésion a eu une grande étendue. Si les deux fragmens d'un os fracturé étaient maintenus en contact exact et dans un état d'immobilité complète, la consolidation pourrait s'effectuer par un simple travail d'ossification qui s'effectuerait entre les extrémités des fragmens, travail qui, d'ailleurs, exigerait un long temps pour s'accomplir entièrement.

Thérapeutique.

Le fascicule 56e du *Filatre sebezio* contient les articles suivans sur la thérapeutique.

De l'emploi du sulfate de quinine dans les maladies qui succèdent aux fièvres intermittentes. *Mémoire lu à l'Académie médico-chirurgicale de Naples; par Emmanuel Falcetti.*— Ce mémoire a été écrit à l'occasion d'une femme, âgée de 28 ans, qui, à la suite de sa cinquième grossesse, fut atteinte d'une fièvre intermittente qui persista pendant une année. La fièvre fut enfin guérie, mais il se déclara un anasarque qui résista à tous les moyens. Le docteur Falcetti en obtint la guérison par l'usage du sulfate de quinine à hautes doses, auquel il associa quelques narcotiques, tels que l'extrait de jusquiame, etc.

Inflammation intense de toute la membrane muqueuse de l'appareil gastrique, traitée avec succès par l'eau cohobée de laurier-cerise; *par le docteur Boniface Chiovitti.* — Suivant l'auteur, il y avait tendance vers la gangrène; mais rien ne prouve cette tendance. Le docteur Chiovitti, appelé seulement le dixième jour de la maladie, prescrivit deux drachmes d'eau cohobée de laurier-cerise, à prendre en quatre fois dans les vingt-quatre heures; le lendemain la dose fut d'une drachme; le jour suivant, d'un demi-drachme. Après ces trois doses l'amélioration fut manifeste.

Empoisonnement par une morsure de vipère, guérison au moyen du sulfate de quinine; *par le docteur Gaetano Buttazi, de San Severo.* — Le 25 juin 1835, Angelo Mauriello, d'un tempérament plus bilieux que sanguin, quoique pléthorique, sujet à des affections gastriques fréquemment répétées, fut mordu par une vipère (*Coluber berus*, Linn.), au pouce et à l'index de la main droite. Au premier instant on se borna à appliquer une ligature serrée autour du

carpe ; quelques heures plus tard, un chirurgien cautérisa la plaie. Cependant le poison faisant des progrès effrayans, le malade fut transporté à l'hôpital le 26. Le bras était énormément gonflé et de couleur rouge livide. Ce gonflement s'étendait, mais avec moins d'intensité, à toute l'épaule et à la moitié correspondante du dos jusqu'à la région lombaire. Tout le reste du corps avait une teinte ictérique ; prostration des forces ; pupilles dilatées ; pouls dépressible et à peine appréciable ; sueurs froides partielles ; efforts de vomissemens ; traits déprimés ; physionomie incertaine, convulsive ; stupeur ; vision altérée ; mouvemens anormaux des globes oculaires ; respiration très-gênée, constipation. Le docteur Butazzi se rappelant un fait semblable mentionné dans le fascicule 43 du *Filiatre sebezio*, et dans lequel le sulfate de quinine fut employé avec succès, prescrivit ce médicament à la dose de trois grains dans une cuillerée de vin toutes les heures.

Le 27, pouls à peine sensible, gonflement du bras stationnaire ; constipation, urines décolorées, abondantes, évacuées par efforts spasmodiques ; appétit presque nul, sensation de douleur dans tous les points de la superficie du corps. *Sulfate de quinine aux mêmes doses, jusqu'au soir, puis à la dose de quatre grains ; lavemens émolliens.*

Le 28, jusqu'au matin, ventre libre, urines très-abondantes, sueur chaude, égalementrépandue, pouls relevé, pupilles normales, traits moins décomposés, peau plus claire. Le malade ayant demandé à manger, on lui accorde du bouillon avec un peu de pâte, et quelques onces de vin. On cesse peu à peu l'administration du sulfate de quinine, dont la consommation s'est élevée à 119 grains.

La rougeur livide du dos fut remplacée par une teinte jaunâtre très-étendue. Le gonflement du bras diminua, sans ôter toute crainte relativement à la terminaison de l'affection locale. A l'usage interne du sulfate de quinine on ne fit succéder que l'application sur le bras malade, de cataplasmes de laitue, et des frictions plusieurs fois dans la journée sur les parties du corps qui offraient une teinte anormale, avec de l'huile ordinaire. On accorda des alimens au malade à mesure qu'il sentit renaître son appêtit, qui se développa en même temps que ses forces se ranimèrent.

Le septième jour après la morsure, le malade fut pris d'une fièvre précédée de quelques frissons. Le pouls s'élargit ; il se manifesta une chaleur générale ; le bras malade devint douloureux et sembla menacé d'une inflammation phlegmoneuse. On se contenta de donner une boisson acidulée, et de continuer les cataplasmes.

Vers le soir, sueur chaude et très-abondante ; épistaxis ; cessation de la fièvre. A partir de ce moment le gonflement du bras se dissipa peu à peu.

Le *Filiatre sebezio* avait déjà publié deux faits semblables, où le sulfate de quinine avait eu un succès marqué.

On lit dans le *Rust's magazin*, t. 43, 1er cahier, des ESSAIS SUR L'EMPLOI DE LA THRIDACE. — Ce travail est compris dans un article intitulé : *Beitrage zur arztlichen Erfahrung;* par le docteur C. A. Tott.

Médecine-opératoire.

On lit dans le fascicule 55e du journal italien, *il Filiatre sebezio*, les faits suivans de thérapeutique chirurgicate :

LITHOTOMIE. — Le docteur Salvatore de Renzi est l'auteur d'un article qui a pour titre : *Statistique des opérations de lithotomie, d'après la méthode latérale et oblique en bas, au col de la vessie, exécutées dans le printemps de l'année* 1835, *dans l'hôpital des Incurables et celui de Santa-Maria di Loreto.* — A l'hôpital des Incurables, dix opérations de la taille ont été pratiquées. Quatre des opérés avaient dépassé 10 ans, les six autres étaient au-dessous de cet âge. Les symptômes de la pierre existaient depuis douze ans au plus, depuis un an au moins. Sur ce nombre, il n'y avait qu'une seule femme. Neuf opérés ont été guéris, un seul est mort. Chez ce dernier, la pierre n'avait pu être extraite. Il succomba à des symptômes de cystite, au bout de sept jours. La vessie contenait une pierre de grosseur moyenne ; elle était presque gangrénée ; sa muqueuse était réduite en une sorte de putrilage. Les reins offraient des traces d'altérations anciennes. Chez les autres, la guérison eut lieu au bout de 20 ou 24 jours. Chez deux malades seulement, elle se fit attendre plus d'un mois.

A l'hôpital de Santa-Maria di Loreto, le docteur Petrunti a opéré quatre sujets, dont trois avaient moins de 15 ans, un seul était plus âgé; l'un d'eux souffrait de la pierre depuis huit ans, les autres depuis deux à quatre ans. Tous guérirent en moins d'un mois. Chez le plus âgé, la pierre était rugueuse, dure, et grosse comme un œuf d'oie. Chez deux, elle avait le volume d'un œuf de poule ; chez le 4e, elle était petite. Il ne se développa aucun accident pendant le cours de la guérison, si l'on excepte le mouvement fébrile que l'on observe ordinairement, et auquel s'ajouterent des symptômes gastriques et vermineux.

Dans un tableau où l'on comprend les opérations de taille fai-

tes dans ces hôpitaux, depuis 1821 jusqu'au printemps de 1835, on voit que le nombre proportionnel des morts est 1 sur 7.

Ophthalmie guérie par l'extraction d'une dent; *par Placido Portal.* — Une violente ophtbalmie reconnaissait pour cause la carie d'une dent molaire de la mâchoire inférieure. Cette ophthalmie, rebelle à tous les moyens, disparut comme par enchantement, après l'extraction de cette dent. Le docteur Portal avait déjà vu trois cas semblables.

Pannus de la cornée guéri d'après un procédé nouveau; *par le docteur P. Portal.* — L'auteur de cette observation, convaincu que le *pannus* est dû à l'état variqueux des vaisseaux de la conjective qui se dirigent dans la cornée transparente, et forment un réseau très-serré qui souvent oblitère la pupille, opère de la manière suivante dans les cas de ce genre. Il excise d'abord les vaisseaux variqueux qui produisent le *pannus* de la cornée, puis un petit lambeau de la conjonctive sur le trajet de ces vaisseaux, et il termine en pratiquant de petites incisions sur leurs anostomoses, afin d'empêcher l cs petits vaisseaux de se réunir et d'entretenir le *pannus.*

Dans le mois de mai 1835, il a exécuté cette opération sur le nommé Cosmo di Fresco, de Palerme, âgé de 13 ans, élève de l'hôpital royal de Bienfaisance. Ce jeune homme était affecté depuis 1826 d'une ophthalmie chronique accompagnée de *pannus* de la cornée, avec un état variqueux des vaisseaux. On avait employé sans succès la pommade de Janin, la solution de nitrate d'argent, les préparations mercurielles, le séton et les vésicatoires. Après l'opération, l'amélioration fut évidente; il recouvra parfaitement la vue et put distinguer les objets les plus délicats, ce qu'il n'avait jamais fait depuis sept années.

Le fascicule 56e du même journal contient l'observation suivante :

Oblitération accidentelle de l'urètre; *par le docteur Benedetto Portal.* — Un villageois, âgé de 47 ans, étant à son travail, fut pris d'une douleur néphrétique du côté droit. Cette douleur augmenta et s'étendit le jour suivant jusqu'au pénis qui se gonfla considérablement. De-là, ischurie et douleurs atroces dans toute la région hypogastrique. On voulut sonder le malade, mais la sonde d'argent fut arrêtée à trois doigts de l'orifice de l'urètre par la présence d'un corps dur. Le docteur Portal incisa le canal de l'uretre et trouva un petit calcul enveloppé d'une fausse-membrane qui, depuis plusieurs années, oblitérait complètement le canal. Un hypospadias accidentel s'était formé depuis la même époque. Une

sonde en gomme élastique fut placée dans l'urètre jusqu'à la guérison de la plaie, et au bout de 25 jours, le malade était parfaitement guéri.

Le 1er cahier du t. 43, du *Rust's Magazin* renferme les faits suivans :

RHINOPLASTIE; GANGRÈNE DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU LAMBEAU.—L'opération présenta dans ce cas, cette circonstance remarquable, que le lambeau pris sur le front ayant été frappé de gangrène à sa partie inférieure destinée à former la sous-cloison, et détruit en ce point, malgré tous les soins du chirurgien, cette perte de substance fut cependant heureusement réparée par le professeur Dieffenbach. Cet opérateur, au moyen de deux incisions longitudinales, détacha du milieu de la lèvre supérieure une languette de peau qui resta adhérente à la moitié gauche de la lèvre, par un pédicule de quelques lignes, fut ensuite renversée de bas en haut, et unie par des points de suture à la pointe du nez préalablement rafraîchie. Après la réunion de cette languette, le sommet du nez et le bout des narines prirent une forme convenable. La plaie de la lèvre fut réunie par suture.

NOUVELLE MÉTHODE D'OPÉRER LA CATARACTE; *par le docteur Jüngken*. Guidé par l'expérience, qui a prouvé de la manière la plus certaine, que le cristallin est fréquemment résorbé, lorsque, débarrassé de sa capsule, il se trouve soumis sans obstacle à l'action de l'humeur aqueuse, et reconnaissant l'incertitude des résultats obtenus par les différentes méthodes de broiement, lorsque la capsule divisée, vient à envelopper de nouveau les fragmens du cristallin, dont la résorption, encore incomplète, ne peut plus alors s'effectuer, le professeur Jüngken a été conduit à faire l'essai d'une nouvelle opération de la cataracte, qui, avec moins de lésions que l'extraction, pourrait cependant donner des résultats plus sûrs que le broiement avec ses chances incertaines de résorption. L'idée fondamentale de cette nouvelle méthode consistait à *détacher la paroi antérieure de la capsule*, et à *l'extraire complètement du globe oculaire*, tandis que le cristallin lui-même resterait en place, et que toute sa face antérieure se trouverait soumise sans obstacle à l'action résorbante de l'humeur aqueuse.

L'opération fut pratiquée de cette manière pour la première fois, sur une jeune fille faible et amaigrie. La cornée fut divisée à l'aide d'un couteau à cataracte, près de son bord externe, à une demi-ligne de la sclérotique, par une incision de trois à quatre lignes dirigée parallèlement à sa circonférence; par cette ouverture l'opé-

rateur introduisit un petit crochet délié et pénétrant, à travers la pupille préalablement dilatée, dans la chambre postérieure, il accrocha la capsule à son bord interne, et essaya de la détacher sur sa périphérie, et de l'extraire par la plaie de la cornée. Cette dernière partie de l'opération ne réussit pas d'une manière complète, il fallut introduire une petite pince de Blömer, au moyen de laquelle la capsule fut retirée par portions. Les suites immédiates de l'opération furent insignifiantes; mais lorsqu'au bout de quelques jours, le cristallin, par l'action de l'humeur aqueuse, se tuméfia, son gonflement le poussant d'arrière en avant contre l'iris, donna lieu à une iritis commençante, qui céda cependant promptement à un traitement antiphlogistique énergique et à des instillations de belladone, de telle sorte que le quatrième jour après l'opération, la malade n'éprouvait plus dans l'œil aucune sensation incommode. Des masses nuageuses, en partie dissoutes du cristallin, remplirent peu à peu même la chambre antérieure, mais diminuèrent visiblement par une résorption rapide, de sorte qu'en moins de quatre semaines, la pupille parut tout-à-fait noire, et la vue fut rétablie de la manière la plus complète.

Cette méthode opératoire reçoit une application encore plus importante, et devient un moyen précieux pour remédier aux résultats fâcheux du broiement de la cataracte, lorsque les fragmens du cristallin ne sont point résorbés, ou que des restes de la capsule se placent au devant de la pupille. C'est ainsi qu'elle fut employée comme *extraction d'une cataracte secondaire*, sur un vannier de 22 ans, chez lequel, plusieurs mois après le broiement, des portions de cristallin et de capsule bouchaient le passage aux rayons lumineux. Elles furent extraites sans difficulté, en partie avec le crochet, en partie avec les pinces, et la vue fut entièrement rétablie.

Le Numéro 144 du journal anglais *The Edinburgh medical and surgical Journal*, renferme un long et intéressant article ayant pour titre: *Clinical report for the Winter session, 1834-35, par James Symes.* Nous ne pouvons qu'indiquer les matériaux qui y sont contenus:

1.° *Excision de l'os maxillaire supérieur; guérison.*

2.° *Ouverture fistuleuse du nez, oblitérée par la transplantation d'un lambeau de peau.*

3.° *Cancer médullaire de l'œil; excision; progrès de la maladie.*

4.° *Plaie de tête; symptômes secondaires, évacuation du pus par l'opération; mort; autopsie cadavérique.*

5.° *Anévrysme de la carotide; ligature; guérison.*

6.° *Amputation des deux testicules ; guérison.*

7.° *Cancer du périnée ; extirpation ; guérison.*

8.° *Cancer de ramoneur ; excision du scrotum ; guérison.*

9.° *Cancer de la jambe ; amputation ; guérison.*

10.° *Excision de l'articulation du coude ; guérison.*

11.° *Brulûre du bras ; sphacèle de la main ; amputation dans l'articulation scapulo-humérale ; guérison.*

12.° *Dilacération de la main ; amputation des doigts dans leur articulation carpienne ; conservation du pouce.* (Nous avons donné cette observation dans notre numéro d'octobre 1835, p. 233).

13.° *Purpura hemorrhagica ; amputation du gros orteil dans l'os métatarsien ; tendance hémorrhagique ; guérison.*

14.° *Fracture du fémur ; mort au bout de deux mois ; état du cal.* (Voy. *Arch. gén. de Méd.*, novembre 1835, p. 364).

15.° *Fracture de la rotule ; réunion sans intervalle appréciable entre les deux fragmens.*

16.° *Fracture de la rotule ; épanchement abondant dans l'articulation ; réunion avec un intervalle médiocre entre les fragmens.*

17.° *Fracture de la clavicule ; élévation de l'extrémité acromiale au-dessus du niveau de l'extrémité sternale.*

18.° *Fracture compliquée du tibia et du péroné ; séquestre éliminé au bout de quatre mois ; guérison.*

19.° *Fracture compliquée du tibia et du péroné ; gangrène étendue des tégumens ; guérison.*

20.° *Fracture compliquée du tibia et du péroné ; nécrose de toute l'épaisseur du tibia ; guérison sans raccourcissement.*

21.° *Fracture non consolidée de l'humérus ; résection des extrémités des fragmens ;* phlegmasia dolens *de la cuisse et de la jambe gauches ; guérison.* — Vous avons publié cette observation intéressante dans notre numéro de novembre 1835, p. 362.

22.° *Effets toxiques du mercure appliqué extérieurement ; guérison.*

23.° *Tentative d'empoisonnement avec l'acide oxalique ; guérison.*

Hygiène.

Recherches sur l'influence qu'exerce le climat des régions tropicales sur la constitution et sur la santé des natifs de la Grande-Bretagne ; *par Henry Marshall.* — Ce long travail paraît avoir été fait avec de grands soins, et mérite d'être consulté. L'auteur s'est proposé la solution des questions suivantes : *La grande prédisposition aux maladies des individus nés dans une latitude tempérée, qui*

viennent habiter un climat chaud, diminue-t-elle par suite d'une longue résidence dans ces climats? — Quelle preuve avons-nous que les individus nés de parens anglais dans un climat chaud, soient moins disposés aux maladies, et offrent une mortalité moindre que leurs parens? — Une colonie composée d'individus arrivant de la Grande-Bretagne, conserverait-elle son chiffre dans un climat équatorial où la température est au-dessus du 78 *ou* 79.*e degré Fahrenheit?* Malgré les nombreux renseignemens que l'auteur a pu se procurer, il n'ose pas répondre, d'une manière cathégorique, à ces trois questions. Son travail est surtout intéressant pour la Grande-Bretagne, à cause des colonies de cette nation. (*The Edinb. med. and surg. Journal*, N.° 124, p. 28).

Statistique médicale.

STATISTIQUE DE L'HOPITAL DE SANTA-MARIA DI LORETO, PENDANT LES MOIS DE MARS, AVRIL ET MAI 1835; *par le docteur Salvatore de Renzi.* — La plus grande partie de l'article comprend des résumés imprimés en chiffres. On y passe en revue un bon nombre des affections qui font partie du domaine de la pathologie. Nous en avons extrait plusieurs observations. (*Voyez ci-dessus*, Hypertrophie du foie, Nœvus du visage, Hypérémie des reins, etc.) (*Filiatre sebezio*, fasc. 56).

Le premier cahièr du tome XLIII du journal allemand *Rust's Magazin für Gesammte Heilkunde*, contient l'article suivant qui est plein d'intérêt :

NOTICE SUR L'HOPITAL DE LA CHARITÉ DE BERLIN, PENDANT L'ANNÉE 1832; *par le docteur Kunck.* — L'auteur, après avoir donné l'histoire de la fondation de l'hôpital par Frédéric I.er en 1710, fait connaître la division des malades en plusieurs sections comprenant : les maladies internes, les maladies chirurgicales, les maladies des yeux, les maladies psoriques, syphilitiques, mentales, les enfans malades, les femmes enceintes et les femmes en couches. Puis il donne le personnel des différens emplois et du service médical, où l'on trouve les docteurs Kluge, Trüstedt, Barez, Jüngken, Wolff, Dieffenbach, Joeler, Rust. Il fait connaître ensuite la constitution atmosphérique, en indiquant mois par mois les variations du baromètre et du thermomètre. Puis il détermine la constitution morbide d'après les affections plus communément observées pendant l'année. Il jette ensuite un coup-d'œil sur l'ensemble des malades reçus et traités, formant un total de 6,298.

Considérant ensuite l'établissement dans ses différentes divisions,

il passe successivement en revue les maladies internes et les maladies chirurgicales, indiquant pour chaque mois les cas les plus fréquens. A la suite des détails relatifs à cette dernière classe de maladies, il rapporte d'une manière abrégée les observations les plus remarquables : des écrasemens de membres, des fractures du col du fémur (dont une oblique, déterminée par une chute du lit, chez une femme âgée qui mourut après un mois de séjour à l'hôpital, et chez laquelle on ne trouva, à l'autopsie, aucune trace de la formation d'un cal), des plaies pénétrantes de poitrine avec hernie du poumon, des brûlures graves, plusieurs cas intéressans de plaies de tête avec fractures variables des os du crâne et de la face. (voyez ci-dessus à l'article *Pathologie*, PLAIES MULTIPLES DE LA TÊTE, etc.), des fractures de vertèbres, des tumeurs stéotomateuses, un cas de concrétion pierreuse trouvée dans un abcès au-dessous de la langue, et six cas de tentatives de suicide.

L'auteur de cette notice cite ensuite les principales opérations chirurgicales pratiquées pendant l'année, parmi lesquelles se trouvent des cas de rhinoplastie faite avec succès. (Voyez à l'article *Médecine-opératoire*, RHINOPLASTIE, etc.)

Passant ensuite à la division des maladies des yeux, l'auteur indique les principales affections observées, parmi lesquelles nous avons remarqué un cas très-intéressant de carie de l'orbite. (Voyez ce fait à l'article *Pathologie*). A l'histoire des cas les plus curieux qui ont été observés, l'auteur ajoute le détail des principales opérations pratiquées sur les yeux, et termine par des considérations intéressantes sur l'opération du *staphylome*, celle de la cataracte par *incision de la cornée*, par *abaissement* et par *broiement* du crystallin à *travers la sclérotique*, sur l'opération de la *pupille artificielle*, et sur *l'extraction partielle de la cataracte*, par le docteur Jüngken. (Voyez *Médecine-opératoire*, NOUVELLE MÉTHODE D'OPÉRER LA CATARACTE, etc.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 5 janvier 1836. — VACCINE. — Sur la demande du ministre du commerce, la commission de vaccine avait à examiner un ouvrage de M. Marc, intitulé : *La Vaccine soumise aux simples lumières de la raison*, et à statuer sur l'avantage qu'il y aurait à le

répandre dans les campagnes, en indiquant les départemens où il conviendrait surtout de le distribuer. Voici le résumé du rapport de M. Gérardin : il est démontré que les préjugés contre la vaccine sont désormais en proportion de l'ignorance des populations et n'ont pas changé de nature ; d'un autre côté, il est constant que la pratique de la vaccine est à-peu-près livrée, dans les campagnes, aux sages-femmes ou à des personnes étrangères à l'art. L'ouvrage de M. Marc, dont la première édition remonte à 1809, et qui déjà avait été approuvé par l'ancien comité de vaccine, est resté ce qu'il était alors, le meilleur travail de ce genre publié en France; et vu les additions que l'auteur a faites pour le mettre au niveau de la science, tout en lui conservant la simplicité de sa destination, il est aujourd'hui encore le plus propre à détruire les préventions populaires, et à donner aux vaccinateurs une instruction claire et précise. La commission pense donc qu'il sera avantageux de le répandre, et signale au ministre 39 départemens où sa distribution doit particulièrement être utile.

Guérison radicale des hernies. — M. Gimelle fait un triple rapport à ce sujet. Il s'occupe d'abord de la méthode proposée par M. Gerdy, et qui consiste : 1° à renverser la peau aussi haut que possible dans le canal de la hernie ; 2° à pratiquer la suture du fond du sac de la peau avec l'anneau ; 3° à exciter l'inflammation de ce sac par l'application de l'ammoniaque. M. Gerdy, qui avait d'abord pratiqué cinq points de suture entre-coupée, n'emploie plus aujourd'hui que trois points de suture enchevillée à l'aide d'une aiguille à manche conduite sur le doigt indicateur gauche qui a pénétré dans le canal herniaire, ou sur le petit doigt, quand ce canal est trop étroit, ou même sur une tige cylindrique de métal légèrement recourbée et creusée dans sa courbure d'une cannelure pour diriger et soutenir l'aiguille.

M. Gerdy recommande ensuite de faire usage de l'ammoniaque concentrée, pour enflammer le sac cutané, la première opération qu'il a faite ayant été enrayée dans son succès par défaut de cette précaution. L'ammoniaque trop affaiblie ne déterminera qu'une exsudation plastique insuffisante pour l'adhésion immédiate des parois du sac; d'un autre côté, sa réapplication pourra provoquer une irritation excessive d'où résultera une suppuration abondante et même la gangrène. Le pansement consiste uniquement dans l'application de plumaceaux enduits de cérat. M. Gerdy avait d'abord eu recours aux irrigations d'eau froide, mais il y a renoncé, après avoir reconnu qu'elles s'opposaient à l'adhésion du sac, et

que d'ailleurs elles causaient un refroidissement qui, chez un malade, détermina une pleurésie mortelle. L'opéré reste au lit quinze jours ou un mois; il porte ensuite un bandage qu'il ne quittera que graduellement. Cette méthode ne sera point applicable dans les cas où le sac herniaire a contracté des adhérences, soit avec les parties extérieures, soit avec les viscères; parconséquent, dans presque toutes les hernies anciennes. Elle offre également peu de chances dans le cas de hernies directes ou même dans les hernies indirectes où le canal racourci a rapproché les anneaux. Quant à l'opération elle-même, elle est facile et peu douloureuse. Rarement elle entraînera des accidens primitifs, mais des accidens consécutifs sont à craindre, ainsi que l'expérience l'a démontré. Déjà 11 sujets ont été opérés : 10 par M. Gerdy, 1 par M. Velpeau. Chez 3, la hernie a reparu avant la sortie de l'hôpital; 5 sont sortis guéris; 1 autre est encore en traitement; le 10e est mort de pleurésie; le 11e, opéré par M. Velpeau, avait une hernie congéniale, il a été atteint d'un énorme érysipèle du scrotum et d'un vaste abcès des parois abdominales et de la fosse-iliaque. Les 5 sujets guéris présentent toujours un peu de gonflement au niveau de l'anneau, quoique les efforts de toux ne communiquent aucune impulsion au toncher. Ils portent constamment un bandage et évitent encore de se livrer à leurs travaux. Cette méthode, toute ingénieuse qu'elle est, ne peut encore être jugée et demande plus de faits que ceux sur lesquels elle s'appuie jusqu'à présent. — M. le rapporteur, au nom de la commission, vote des remerciemens à M. Gerdy, et propose, après dépôt de sa note dans les archives, d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de membres résidans. Adopté.

M. Leroy-d'Étiolle s'occupe depuis sept ans de la cure radicale des hernies. Il a d'abord pensé à déterminer l'adhérence des parois du sac hors de l'anneau, en comprimant à l'aide d'une pelote à deux divisions qui s'écartaient et se rapprochaient au moyen d'une vis de rappel. Il a plus tard imaginé de mettre en rapport les parois du sac et de le comprimer dans le canal inguinal même. Pour cela il a inventé un instrument dont les branches élastiques peuvent se dilater dans le canal, et s'appuyent au-dedans du pourtour de l'anneau. — Aujourd'hui, M. Leroy-d'Étiolle propose seulement quelques appareils pour simplifier l'opération de M. Gerdy. Il s'agit d'une tige métallique de 2 à 4 lignes de diamètre et de 3 à 4 pouces de long, mousse à une extrémité, et munie d'une vis. Cette tige, traversant la pelote d'un bandage, dont la plaque est

taraudée pour recevoir la vis, est destinée à pénétrer le canal inguinal et à y tenir la peau refoulée, etc. Dépôt aux archives.

Enfin, M. Jalade-Lafond rappelle les cures radicales de hernies qu'il a obtenues avec ses pelotes médicamenteuses, et envoie à l'Académie l'observation d'un nouveau succès sur un homme de 41 ans, atteint de hernie depuis l'âge de 14 ans.

Cet homme fit d'abord usage d'un bandage pendant quatre ans, et vit sa hernie disparaître, mais elle revint progressivement. En vain, depuis un an, il portait un bandage de M. Verdier. La hernie n'éprouvait aucune réduction. — M. Lafond, en huit mois, à l'aide de ses pelotes, l'a complètement guéri. — La commission n'ajoute aucune confiance à l'action des topiques à travers la peau et les chairs, et n'admet ici que le résultat de la compression. Dépôt aux archives.

Séance du 12 janvier. — Élection a la place de membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. — Les candidats étaient MM. Cruveilhier, Blandin, Piedagnel, Tanchou, Scipion Pinel et Cayol. M. Cruveilhier a été élu membre titulaire de l'Académie dont il était déjà correspondant.

Orthopédie. — M. P. Dubois lit un rapport sur le résultat d'une enquête provoquée par des renseignemens communiqués par M. J. Guérin, sur les cures orthopédiques de M. Hossard. — Il résultait de ces renseignemens, que M. Hossard a présenté à la commission des sujets déjà traités à Angers; que de plus, il aurait produit sur l'un de ces sujets une déviation artificielle pour avoir le facile mérite d'obtenir un prompt redressement. Le rapport de M. Dubois établit que, sur le premier point, il est vrai que plusieurs sujets présentés par M. Hossard, avaient déjà été traités par lui. Quant au second point, la commission n'a pu rassembler assez de preuves pour se prononcer. La conclusion est que le présent rapport sera annexé au premier.

MM. Velpeau et Lisfranc, fondés sur ce qu'il est flagrant que M. Hossard a trompé l'Académie, en lui présentant comme devant être guéris par un traitement de deux mois, des sujets qu'il traitait déjà depuis cinq et sept mois, pensent que si la conviction n'est pas aussi formelle relativement au second point sur lequel la commission croit devoir se taire, le doute est du moins la conséquence nécessaire des antécédens, et cela étant, s'opposent à ce qu'aucun rapport soit expédié; le tout dans l'intérêt de la dignité de l'Académie. — M. Londe, comme signataire du premier rapport, réclame un plus ample informé avant d'adopter cette pro-

position. Malgré quelques observations de M. Husson, l'avis de M. Londe est appuyé. Renvoi à quinze jours pour l'exhibition des divers documens à recueillir.

Nouvelles inductions philosophiques appliquées a l'étude de l'idiotisme et de la démence; *par M. Dubois, d'Amiens.* — *M. Adelon, rapporteur.* Poursuivant les idées qu'il avait émises déjà, dans un premier travail sur *l'instinct et les déterminations instinctives dans l'espèce humaine*, l'auteur voit dans l'idiotisme et la démence un désordre pathologique qui comprend à-la-fois *l'intelligence*, *l'instinct* et l'automatisme, mais à des degrés variés. — L'intelligence est l'œuvre du cerveau; l'instinct émane du système ganglionnaire; l'automatisme appartient à toute fibre contractile. Jusqu'à ce moment, l'idiotisme a consisté dans la privation congéniale du principe des déterminations raisonnées, du moins dans l'arrêt de développement de ce principe dans les premiers temps de la vie. M. Dubois distingue trois catégories d'idiots. La première renferme ceux qui n'ont ni détermination raisonnée, ni instinct. (Automates). — La seconde, ceux qui n'ont que les déterminations qui ont pour but la conservation de l'individu ou de l'espèce. (Instinct.) Dans la troisième se rangent ceux qui manifestent par leurs actes quelques déterminations raisonnées et instinctives. — Dans cette dernière classe d'idiots, le crâne est peu déformé, le front fuit seulement en arrière, et l'occiput est saillant: ce sont les imbécilles. Dans les deux autres catégories, le crâne entier est généralement rétréci. M. Dubois tient compte d'ailleurs de toutes les lésions qui peuvent empêcher l'évolution normale du cerveau, telles que l'épaississement des os du crâne, l'hydrocéphale, etc. — Cette analyse des variétés de l'idiotie conduit M. Dubois à la question médico-légale de l'interdiction, qui ne peut être justement appliquée qu'aux individus des deux premières catégories, les deux derniers n'ayant souvent besoin que d'un simple conseil judiciaire. Ces derniers seuls encore sont susceptibles d'être soumis à la thérapeutique.

La démence est l'idiotisme acquis, et survient surtout à la suite des manies et des monomanies. L'encéphale n'est pas seulement lésé comme organe de l'intelligence, il l'est encore comme foyer de l'innervation. Il y a alors des paralysies, mais il est remarquable que ce sont surtout les muscles qui servent à la vie intellectuelle qui sont paralysés. On ne peut guère que prévenir la démence; une fois survenue, il est à peu près impossible de la guérir. Dans l'idiotisme il faut tout faire pour étendre les déterminations raison-

nées ; dans la démence, il faut tout faire pour arrêter leur aboli-tion. — Renvoi au comité de publication.

MANIOC AMER. Contenant à la fois les élémens d'un aliment excel-lent et d'un poison subtil, le manioc a dû être l'objet de l'atten-tion du chimiste comme du médecin.

Le docteur Fermin a lu en 1761 à l'académie de Berlin, un tra-vail important sur ce sujet. Il a démontré : 1° que le prince toxique est très-vaporisable, et que c'est dans les premières onces du li-quide passé à la distillation qu'on l'obtient; 2° que les symptômes de l'empoisonnement ont la plus grande analogie avec ceux que produit l'acide hydrocyanique. — En 1828, Messieurs Soubeiran et Pelletier avait tenté quelques essais pour vérifier cette supposition; mais la petite proportion des matériaux de l'expérience ne leur avait pas permis de rien décider. Messieurs O. Henry et Boutron-Charlard ont pu opérer sur des proportions qui permettent d'as-seoir la question sur des termes plus précis. Une assez forte quan-tité de suc de manioc expédié directement et plusieurs racines ont été analysés. Le suc filtré est presque incolore, son odeur est celle de l'acide prussique et de la viande cuite; sa saveur est aigrelette; sa densité est de 1012; il rougit fortement le tournesol. A l'air il prend une couleur brune, et donne des cristaux grenus à l'évapo-ration. Le dépôt est composé de fécule, de fibres de racines, et d'une substance floconneuse jaunâtre, espèce de matière grasse cristalli-sant dans l'alcool et l'éther en mamelons aiguillés, fondant à la cha-leur, et fournissant avec la potasse un savon mou, dont l'acide hydrochlorique séparait un oxyde gras et cristallisable. — Le résul-tat de cette analyse est, que le suc de manioc contient une quan-tité notable d'acide hydrocyanique qui préexiste dans le suc.

Les racines ont fourni également à l'analyse de l'acide hydro-cyanique libre, de la fécule, du sucre, un sel de base à magnésie, un principe amer, une matière grasse cristallisable, de l'osmazome végétale, du phosphate de chaux, de la fibre ligneuse. — Le suc de manioc a été administré à des cochons-d'inde. Le suc *expédié* a été donné à part du suc extrait immédiatement des racines. L'animal n'expire, dans le premier cas, qu'après avoir pris 38 à 40 grammes de suc, tandis qu'avec le suc récent de la racine, 9 à 18 grammes, ont suffi pour amener la mort. Ce dernier, en effet, renferme qua-tre fois plus d'acide hydrocyanique. Les symptômes, d'ailleurs, ont été toujours les mêmes. Tristesse, immobilité, cris plaintifs, mou-vemens convulsifs intermittens suivis de déjections alvines et uri-naires, puis mort au bout de 40 à 45 minutes. Rigidité cadavérique,

prompte et très-marquée. Pour démontrer incontestablement le contenu de l'acide hydrocyanique dans le manioc, Messieurs Henry et Boutron-Charlard ont eu recours à l'expérience suivante : ils ont mêlé le suc de manioc avec de l'oxyde d'argent encore humide. La liqueur filtrée a été mise en contact avec du sel marin en excès pour isoler les restes du sel d'argent provenant de la combinaison de l'oxyde avec l'acide hydrocyanique. Filtré de nouveau, le suc a pu être donné impunément aux animaux. Sur la proposition de M. Maingault, renvoi au comité de publication.

Séance du 19 *janvier* 1836. — LÉSION DE L'ARTÈRE HUMÉRALE. — NOUVEAU MOYEN DE PRÉPARER LES PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. Jules Cloquet fait part à l'Académie d'un fait remarquable de lésion artérielle. Un homme entra à l'hospice de l'École, présentant un désordre extrême dans un bras qui s'était trouvé engagé entre les roues d'une mécanique. L'humérus était broyé, les parties molles dilacérées. Il n'y avait point eu d'hémorrhagie. Cependant la disparition des battemens dans la radiale et la cubitale ne permettait pas de douter de l'existence d'une lésion de l'artère humérale. La gangrène étant inévitable, l'amputation dût être pratiquée. La dissection du membre fut faite avec le plus grand soin L'artère humérale était applatie. La tunique celluleuse, quoique fortement froissée, était intacte : mais les tuniques interne et moyenne flottaient en lambeaux dans la cavité du vaisseau, et constituaient une sorte de cloison valvulaire sur laquelle le sang, pris en caillot, interrompait la circulation, comme on l'observe après l'ablation de ligatures d'attente qui n'ont été appliquées que momentanément. Pour conserver cette pièce d'anatomie pathologique, M. Cloquet a eu recours à un mode nouveau de préparation. Il a fait dessiner et colorier l'artère, d'abord non ouverte, puis ouverte. Les couleurs employées, solides et à la gomme, sont susceptibles de résister à l'alcohol. La pièce convenablement tendue a été placée dans un bocal plein de ce spiritueux, et près d'elle on a déposé les dessins auxquels se trouve joint un texte explicatif exact, écrit en encre de Chine également indécomposable par l'alcohol. Ainsi l'on trouve réunis la pièce naturelle, les dessins et la description.

COMPOSITION DU PROCHAIN FASCICULE. — Sur la proposition de M. Bousquet, parlant au nom du comité de publication, le prochain fascicule se composera : 1° du discours prononcé par M. Pariset sur la tombe de M. Bourdois de Lamotte ; 2° d'un travail de M. Stoltz sur une opération césarienne pratiquée avec succès ;

3° d'un rapport de M. Martin-Solon sur la créosote ; 4° du mémoire sur le manioc, par MM. Henry et Boutron-Charlard ; 5° d'une note de M. Leroy-d'Étiolle sur la lithotritie chez les enfans.

Traitement des maladies aigues par les saignées coup sur coup. — M. Capuron reprend la discussion soulevée à propos de son rapport sur le compte rendu de la maison d'accouchement de Metz, par M. Morlanne. Après avoir récapitulé les points principaux sur lesquels la discussion s'était engagée, il s'efforce de plus en plus de soutenir sa proposition ; que moyennant le traitement nouveau, la mort dans les maladies aiguës ne sera plus qu'une exception ; les faits, chaque jour, viennent l'étayer davantage. Tel est le suivant : une épizootie régnait en Languedoc sur l'espèce bovine. Un propriétaire avait six bœufs qui furent frappés. Un autre propriétaire en avait douze qui le furent en même temps. Le premier s'adressa à un vétérinaire de l'école physiologique, qui sauva les six bœufs ; le second avait pour vétérinaire un partisan des anciennes doctrines. Déjà six bœufs, soumis à ses soins, avaient péri quand le vétérinaire physiologiste fut appelé, qui sauva les six derniers. M. Capuron cite ensuite MM. Andral, Chomel, Émery, qui, depuis l'ouverture de ces discussions ont expérimenté la méthode qui en fait l'objet, et qui en ont retiré les plus grands avantages. M. Capuron insiste sur la formation d'une commission d'enquête pour assister aux expériences de M. Bouillaud. Divers membres prennent la parole pour combattre cette opinon.

M. Bouillaud demande qu'il soit nommé une commission d'enquête. Les succès de sa méthode entre les mains de plusieurs de ses collègues, notamment MM. Chomel et Emery, doivent provoquer une grave attention. Quand il s'agit de thérapeutique, c'est un devoir de vérifier de pareils faits.

M. Emery dit qu'en effet il a tenté la méthode de M. Bouillaud sur huit sujets affectés de rhumatisme aigu. Sur un seul il a constaté la péricardite. Il a fait pratiquer à tous, trois saignées le premier jour. Chez deux, la fièvre a tombé dès le lendemain. Comme elle persistait chez les autres, il a réitéré les saignées. Le sang a toujours été recouvert d'une couenne qui, dans un cas, avait jusqu'à un pouce d'épaisseur. La guérison a eu lieu, terme moyen, en seize jours.

M. Piorry voit la question se scinder en deux autres. La saignée portée très-loin est-elle dangereuse, et dans quels cas? Est-elle utile dans d'autres? Sous le premier point de vue, M. Piorry,

dès 1824, s'est livré à des expériences nombreuses sur les animaux, et a recueilli plusieurs observations sur l'homme. Il a ainsi pratiqué, de concert avec M. Lisfranc, plus de douze saignées sans inconvénient, dans un cas de pleurésie. Chez les animaux, il a enlevé parfois d'un seul coup, assez de sang pour que la quantité égalât le vingt-quatrième du poids total du corps. Sur plus de cinquante chiens, ces expériences n'ont eu aucun résultat fâcheux. Chez les individus sains, M. Piorry a observé que des émissions énormes de sang pouvaient avoir lieu impunément, et souvent avec un grand avantage, dans les plaies de tête, fractures des membres, etc. Il a tiré trois livres de sang à-la-fois à une vieille femme de la Salpêtrière, affectée de pneumonie hypostatique. Pour peu que l'individu ait été dans la condition indiquée, il n'a jamais observé ni hydropisie ni débilité, surtout si en même temps que les émissions sanguines étaient pratiquées, on avait soin d'accorder des alimens. — Ce n'est que dans les cas d'*anémie* que les saignées copieuses peuvent avoir du danger. Elles sont éminemment utiles dans la pneumonie; M. Piorry ne conçoit pas qu'on l'ait nié. Si l'on veut des chiffres, il pourrait en fournir par centaines. Il en est de même pour l'arthrite, comme il l'a démontré dans un mémoire publié dans la première livraison du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*. Après le traitement par les larges saignées, le terme de la guérison a été de huit jours, tandis que dans les tableaux de M. Chomel la moyenne est de quarante-cinq jours. M. Piorry n'a pas observé si souvent la péricardite que M. Bouillaud. Son traitement diffère un peu du sien, car M. Piorry, en même temps qu'il saigne beaucoup, donne des boissons en abondance et en quantité exactement proportionnelle aux pertes de sang. Cependant depuis long-temps, comme on voit, M. Piorry a constaté les bons effets de la saignée portée très-loin, mais il a noté aussi ses dangers. La question est donc très-importante, et il vote pour qu'on nomme une commission.

M. Honoré présente quelques remarques tendant à établir comme fait, que les malades des hôpitaux, vu la rapidité et souvent la brusquerie du mouvement des salles, sont peu propres à fournir des observations rigoureuses sur tous les points. C'est ainsi que très-souvent ils sortent en apparence guéris pour faire place à d'autres, et rentrent peu de temps après. Quelquefois ils ne font que changer de service, etc. Les faits de guérison bien démontrés sont donc assez rares. Ceci mérite attention pour la statistique.

M. Louis pense que la question ne peut être résolue encore parce

qu'elle renferme trop d'élémens. La statistique est certes, à son avis, le meilleur moyen, le seul même qui puisse juger les problèmes de thérapeutiques, mais que de conditions à remplir! L'âge, le sexe, le tempérament, l'état des forces du malade doivent être pris en considération; de plus, la saison exerce une influence marquée, etc. A-t-on tenu compte de toutes ces circonstances dans les cas dont il s'agit? A-t-on même bien établi la certitude du diagnostic? Sans révoquer en doute les lumières et la bonne foi de personne, l'erreur n'est-elle pas possible, quand Laennec lui-même s'est trompé. Une autre cause d'erreur vient encore de ce qu'on prend, pour étayer une opinion, des cas qui ont été choisis dans une toute autre vue. C'est ainsi que, quand on a cité des chiffres de la mortalité après le traitement fait à la Pitié pour la pneumonie, on a pris des faits rapportés dans la brochure de M. Flandin. Or, tous ces faits se rapportent à des pneumonies graves, au dernier degré, et contre lesquelles l'émétique avait été employé en désespoir de cause en quelque sorte. — Dans l'ouvrage où M. Louis a publié ses observations sur la pneumonie, au nombre de vingt environ, rien a été négligé pour que toutes les exigences d'une bonne statistique soient remplies. Eh bien! M. Louis n'a également perdu qu'un huitième à-peu-près de ses malades. Les saignées ont été assez copieuses, mais non réitérées. En un mot, on manque pour le moment de matériaux suffisans pour trancher la question qui s'agite. Une commission ne servirait à rien, il faudrait qu'elle consentît à suivre assidûment pendant plus d'une année, un, ou même plusieurs hôpitaux. Un dernier argument, c'est que, pour juger l'effet du traitement des maladies, il faut connaître leur marche naturelle. Un rhumatisme articulaire aigu, abandonné à lui-même, se guérit en quinze ou vingt jours, comme l'a démontré Chomel, et non en quarante-cinq. La pleurésie guérit toujours seule quand elle n'est pas compliquée et qu'elle survient chez des sujets sains et jeunes encore, ou du moins qui ne dépassent guère 60 ans. M. Louis pourrait en fournir 140 observations. De même pour les érysipèles de la face, ils guérissent toujours seuls quand les sujets sont sains; plus de 100 faits sont là pour le prouver.

M. Bouillaud est surpris d'entendre le reproche qui lui est adressé, de ne pas tenir compte de tous les lieux communs de la statistique. Non-seulement il en a tenu compte, mais encore il a suivi minutieusement toutes les règles prescrites par M. Louis lui-même, dans son mémoire sur la pneumonie. Du reste, M. Louis a donné beaucoup de force à la proposition de M. Capuron savoir:

que la mort est une exception dans les maladies aigües, par ce qu'il a dit de la guérison spontanée de la pleurésie. Cette proposition ne sera-t-elle pas démontrée, si l'on parvient à prouver que par une pratique spéciale, l'on peut arriver au même résultat pour les autres affections aigües? Eh bien, quiconque assistera à la clinique sera bientôt convaincu que cette pratique existe. Une commission doit être nommée; l'académie seule peut et doit la fournir. Ce n'est pas un an qu'il faut pour juger la question, deux mois suffisent. M. Bouillaud finit en portant un défi à M. Piorry, de montrer sa méthode formulée dans aucun de ses écrits.

M. Louis a voulu dire simplement que M. Bouillaud, dans son improvisation, n'avait pas donné de détails suffisans pour convaincre ses auditeurs. M. Piorry soutient que depuis long-temps il a écrit et formulé, que les émissions sanguines abondantes pouvaient être suivies de grands avantages, dans certaines maladies qu'il a précisées.

M. Gimelle présente une pièce d'anatomie pathologique contenant une rupture de l'aorte lombaire, par suite d'ossification et d'anévrysme.

Académie royale des Sciences.

PRIX.

Séance publique du 28 décembre. — Les prix ont été décernés, et les sujets de prix proposés pour 1836 et 1837.

Le grand prix des sciences physiques a été décerné à M. Valentin (de Breslau), déjà connu par plusieurs travaux importans d'anatomie et de physiologie. Le sujet du prix proposé en 1833, était: *Examiner si le mode de développement des tissus organiques, chez les animaux, peut être comparé à la manière dont se développent les tissus végétaux.*

Le *prix de physiologie expérimentale*, fondé par M. de Montyon, a été partagé entre M. Gaudichand, pour *ses recherches sur le développement et l'accroissement des tiges, feuilles et autres organes des végétaux*; et M. Poiseulle, pour ses *expériences sur les mouvemens du sang dans les vaisseaux capillaires*. — Il a été, en outre, accordé une médaille d'or de la valeur de 400 fr., à M. Martin Saint-Ange, pour ses *recherches sur les villosités du chorion des mammifères.*

Prix relatif aux moyens de rendre un art ou un métier moins insa-

lubre.—Un procédé pour la *conservation des cadavres*, par M. Gannal, a été l'objet d'un encouragement de 3,000 fr., sans préjudice du prix qui pourra être décerné à l'auteur, lorsque l'utilité de son procédé, qui dès à présent ne paraît pas douteuse, aura été constatée par des applications faites en grand et long-temps continuées.

Le *prix de médecine et de chirurgie* n'a pas été décerné, la commission n'ayant pu, en raison du grand nombre de pièces adressées pour le concours, terminer son travail en temps opportun.

Prix proposés pour les années 1836 *et* 1837. — *Grand prix des sciences physiques pour* 1837. — Pour sujet de ces prix, l'Académie propose la question suivante :

« Déterminer, par des recherches anatomiques et physiques, » quel est le mécanisme de la production des sons chez l'homme » et chez les animaux vertébrés et invertébrés qui jouissent de cette » faculté. »

L'Académie demande que les concurrens entreprennent de traiter cette question sous ses différens rapports, la production du son, son intensité, son degré d'acuité ou de gravité, et même sa nature, et cela chez l'homme et chez un certain nombre d'animaux convenablement choisis, comme l'alouatte ou sapajou hurleur, le chat ou le chien, le cochon, le cheval ou l'âne, parmi les mammifères; le perroquet, la corneille, le merle, le rossignol, le coq et le canard, parmi les oiseaux; la grenouille, parmi les amphibiens; les cottes, les trigles et même le pogonias tambour, si cela est possible, parmi les poissons; et enfin chez les cigales, les sauterelles, les grillons, quelques sphynx, et même chez les bourdons et les cousins, parmi les insectes.

L'Académie recommande essentiellement que les ouvrages envoyés au concours soient accompagnés de dessins représentant les appareils naturels de la phonation, et que la théorie soit appuyée sur des expériences assez bien exposées pour qu'elles puissent être répétées par ses commissaires, si elle le jugeait convenable.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr. Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie, avant le 1.er avril 1837. Ce terme est de rigueur. Les auteurs devront inscrire leur nom dans un billet cacheté, qui ne sera ouvert que si la pièce est couronnée.

Prix de médecine Montyon. — La question suivante, mise au

concours pour le prix de 1834, puis pour celui de 1835, est représentée une troisième fois pour le prix de 1836 :

« Déterminer quelles sont les altérations des organes dans les » maladies désignées sous le nom de fièvres continues ;

» Quels sont les rapports qui existent entre les symptômes de » ces maladies et les altérations observées ;

» Insister sur les vues thérapeutiques qui se déduisent de ces » rapports. »

Prix de chirurgie Montyon. — La question suivante avait été proposée comme sujet de prix de 1834, et est de nouveau remise au concours :

« Déterminer, par une série de faits et d'observations authentiques, quels sont les avantages et les inconvéniens des moyens » mécaniques et gymnastiques appliqués à la cure des difformités » du système osseux. »

Neuf pièces adressées à l'Académie ont été examinées par une commission composée de MM. Larrey, Magendie, Serres, Double et Savart.

Plusieurs d'entre elles offrent un mérite remarquable, soit par le nombre et l'importance des faits qu'elles contiennent, soit par les machines ingénieuses dont elles font connaître les avantages dans la cure des difformités du système osseux.

Mais aucun des concurrens n'ayant mis la commission chargée de décerner le prix à même de vérifier sur des personnes atteintes de difformités (ainsi que l'exigeait le programme), l'exactitude des faits énoncés dans les mémoires, seule manière de leur donner l'authenticité désirable, l'Académie s'est vue forcée de remettre la question au concours pour l'année 1836, en invitant les concurrens à remplir littéralement les conditions énoncées au programme.

Ce prix consistera, ainsi que le précédent, en une médaille d'or de la valeur de *dix mille francs.* Les mémoires pour l'un comme pour l'autre devront être remis au secrétariat de l'Institut avant le 1.er avril 1836.

Séance du 4 janvier. — JUMEAUX SIAMOIS. — M. Coste adresse une note dans laquelle il examine cette question : « Est-il possible de déterminer l'époque de la vie intra-utérine à laquelle les frères » Siamois se sont réunis, et d'apprécier leur mode de réunion ? » Les conclusions auxquelles arrive M. Coste, sont : 1.° que les frères Siamois n'ont dû se réunir que dans les derniers jours du premier mois de la grossesse, et que par conséquent ils n'avaient point encore tout-à-fait deux lignes de long ; 2.° que leurs viscères

sont libres de toute adhérence, et qu'une opération pratiquée dans le but de les désunir présente les plus grandes chances de succès.

Pieds-bots. — M. Duval, directeur des traitemens orthopédiques des hôpitaux civils de Paris, adresse un mémoire concernant trois cas de guérison de pieds-bots excessivement difformes, qu'il a obtenue au moyen de la section du tendon d'Achille. Au bout de vingt à trente jours de traitement, le pied présentait une conformation normale.

Séance du 11 janvier. — Statistique de la population. — Lois de la mortalité en France. — M. de Montferrand adresse une note contenant des observations destinées à prouver que « les documens statistiques du ministère de l'intérieur sont l'expression d'un travail, imparfait sans doute, mais sérieusement exécuté en présence des faits. » Si les feuilles, dit l'auteur, ne contenaient que des nombres mis au hasard, on n'y découvrirait aucune loi commune, ou du moins elles ne s'accorderaient que sur des faits conformes à des opinions généralement admises. Or, il résulte de la comparaison des départemens entre eux, qu'ils s'accordent à donner plusieurs lois peu connues, ou même contraires à des préjugés très-accrédités. Ainsi :

1.° Les décès masculins sont plus nombreux que les décès féminins dans la première année.

2.° Les décès masculins présentent un maximum de 20 à 35 ans. Le département des Basses-Pyrénées fait seul exception.

3.° Les décès féminins ont un maximum entre 30 et 40 ans. La Lozère, les Landes et les Basses-Pyrénées coutredisent cette loi.

4.° L'âge de 45 à 55 ans n'est pas un âge particulièrement à redouter pour la vie des femmes. *Exceptions* : Allier, Corse, Basses-Pyrénées.

5.° La longévité chez les femmes est plus grande que chez les hommes, excepté dans la Corse, les Pyrénées-Orientales, le Var et la Vienne.

Spécialité des nerfs de l'odorat, du gout et de la vue. — — M. Gabriel Pelletan adresse un mémoire dans lequel il discute cette question. L'analogie présumée entre les sensations déterminées par les odeurs et les saveurs, a fait admettre, dit M. Pelletan, que chez les poissons le sens de l'odorat était transformé en celui du goût. L'admission de cette première hypothèse a porté ensuite à avancer que chez les taupes et les musaraignes le nerf optique, nerf de la deuxième paire, qu'on ne trouvait point, était remplacé dans ses fonctions par une branche de la cinquième paire.

Le but du mémoire de M. Pelletan est principalement de démontrer que ces hypothèses, qui établiraient la non spécialité des fonctions des nerfs des sens, sont inadmissibles. Il se fonde :

1.° Sur ce qu'il n'y a nulle analogie entre les sensations déterminées par les auteurs et celles fournies par les corps sapides, et par conséquent entre le goût et l'odorat.

2.° Sur ce que chez les poissons les nerfs olfactifs, par leur origine, et les cavités nasales par leur disposition, conservent toujours les caractères qui, chez les autres animaux, différencient ces nerfs et ces organes de ceux du goût.

3.° Sur ce que rien ne prouve que l'air soit le seul véhicule possible des odeurs, et que les particules odorantes en dissolution dans l'eau ne puissent être *odorées* par les poisons.

4.° Sur ce qu'en général l'odeur des alimens les distinguant beaucoup moins que leur saveur, le sens de l'odorat est plus utile aux poissons que celui du goût pour les guider dans le choix de leur nourriture, surtout pour ceux qui vivent dans l'eau de la mer, liquide si fortement sapide.

5.° Sur ce que les taupes et les musaraignes possédant des nerfs optiques que l'on peut suivre depuis leur origine, qui est semblable à celle des animaux de la même classe, jusqu'à leur terminaison au globe de l'œil, il n'y a aucune raison pour penser que ce soit le nerf de la cinquième paire qui les fasse voir.

Ces conclusions, poursuit l'auteur, ne s'appliquent nullement au sens du toucher, qui, commun à toutes nos parties, sans faire d'exception pour les organes de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût, est nécessairement exercé par des nerfs d'origines différentes.

VARIÉTÉS.

Prix d'hygiène publique et de médecine-légale.

Les Rédacteurs des *Annales d'Hygiène publique et de médecine-légale*, désirant contribuer de tout leur pouvoir à l'avancement des sciences auxquelles est consacré leur Recueil, proposent deux prix de trois cents francs chacun, l'un sur l'hygiène publique, l'autre sur la médecine-légale. Les sujets sont au choix des concur-

жens. Les Mémoires, écrits en latin, en français, en allemand, en anglais, en italien ou en espagnol, devront être remis, avant le 1.er novembre 1835, à la librairie de J.-B. Baillière, rue de l'École de Médecine, N.° 13 *bis*; à Paris. Le nom de l'auteur sera renfermé dans un billet cacheté, suivant les formes académiques.

Seront chargés de l'examen des Mémoires, pour l'Hygiène publique, MM. Andral, Darcet, Esquirol, Gaultier de Claubry, Kéraudren, Parent-Duchâtelet et Villermé; pour la médecine-légale, MM. Adelon, Barruel, Chevalier, Devergie, Leuret, Marc et Orfila.

Prix de la Société de Médecine de Lyon (1).

La Société de médecine de Lyon décernera, dans le mois d'octobre 1837, une médaille d'or de la valeur de 300 fr., à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Des avantages et des inconvéniens de la médication par le froid dans les maladies internes.

» Indiquer son mode d'action sur l'organisme.

» Préciser par des observations cliniques les cas où elle doit être mise en usage, l'époque à laquelle on doit y avoir recours, et celle où il convient de la cesser. »

Une seconde médaille d'or, également de la valeur de 300 fr., sera accordée à l'auteur du meilleur mémoire sur cette autre question :

» Quelles sont les maladies auxquelles sont le plus particulièment exposés les ouvriers en soie de la ville de Lyon ? »

« Indiquer les améliorations introduites depuis la fin du siècle dernier dans l'hygiène de cette classe d'industriels. »

« Préciser celles dont elle est encore susceptible, et les moyens de les réaliser. »

Les mémoires envoyés au concours devront être adressés, franc de port, avant le 1er juin 1837, à M. le docteur Rougier, secrétaire général de la société, place de la Préfecture, à Lyon.

(1) La Société, qui avait proposé un prix pour 1833, sur le *cancer utérin*, a couronné le mémoire envoyé par M. Teallier, médecin à Paris, et a décerné une mention honorable à M. Reignier, interne des hôpitaux de Paris. (*Rapport fait à la Société de Médecine de Lyon*, etc. Lyon, 1835. In-8.°)

BIBLIOGRAPHIE.

Philosophie de l'histoire naturelle, ou phénomène de l'organisation des animaux et des végétaux; par J. J. Virey. Chez Baillière. Un vol. in-8.° 1835.

« La science de l'organisation, dit M. Virey dans son introduction, ne consiste pas dans la simple notion des structures organiques ou de leurs phénomènes : ce sont les complications des êtres, leurs fins nécessaires, la coordination et le but harmonique de leurs actes avec tous les rapports qui y concourent : c'est l'intelligence élaboratrice et l'instinct directeur de ces opérations si diversifiées, si surprenantes, qui forment le nœud difficile de leur explication. Toute la philosophie de l'histoire naturelle se renferme autour de ces questions vitales. » On voit, par cette citation, dans quel but et dans quel esprit a été écrit l'important ouvrage dont nous allons chercher à donner ici l'analyse.

Le travail de M. Virey est divisé en quatre livres : le premier est consacré à la physiologie générale des êtres organisés. L'auteur y établit, avant tout, sur quelles bases doit être fondée la physiologie naturelle moderne : il montre que le système des êtres vivans ne doit plus être envisagé du point de vue étroit de notre espèce, et qu'il faut s'élever à des considérations générales sur la constitution de notre globe, pour arriver à une juste évaluation des *organismes*. Il fait voir que le monde réel des êtres organisés et vivans est transitoire et périodique; que si l'existence d'un globe planétaire n'implique pas nécessairement celle d'êtres vivans à sa surface, il est cependant incontestable qu'à une constitution donnée, se trouvent liées des conditions organiques invariables, limitées d'après le nombre des élémens organisables : on ne peut d'ailleurs pas dire que tout a été produit sur la terre, surtout si l'on réfléchit que la structure et l'organisation des êtres se compliquent de plus en plus, que le végétal est un intermédiaire indispensable entre la pierre et les animaux de l'ordre plus élevé, ce qui exclut l'idée de la simultanéité d'apparition des différens êtres ; comme aussi les rapports d'espèces, de sexes, de genres, de familles, de tyrans, de victimes, etc., doivent faire rejetter celle de spontanéité de formation. Que si l'on voulait admettre

que la vitalité est inhérente à la matière, il faudrait lui accorder aussi la prévoyance de l'organisation, sans quoi elle ne produirait rien que d'irrégulier; on est donc conduit à la vue de l'harmonie du plan général, à reconnaître la nécessité d'un premier moteur, immatériel, régulateur, central, qui domine toute la création. Non-seulement la matière obéit passivement lorsqu'elle s'organise, mais encore toute espèce de matière n'est pas susceptible d'organisation. Les élémens qui concourent à la formation des êtres vivans sont peu nombreux et généralement *combustibles*, tandis que dans la nature morte, les corps sont le plus souvent *comburés*; aussi, ces deux règnes sont-ils dans un *antagonisme* perpétuel. « Les êtres vivans ou engendrés périssent lorsque leurs élémens constitutifs s'oxydent, ce qui les ramène à l'état minéral et salin. Les minéraux présentent en revanche des matériaux diversement propres à s'organiser, lorsqu'ils passent à l'état combustible. » L'oxydation et la reproduction sont donc comme les pôles d'une pile, dont l'un préside à la destruction et l'autre à la création; ici domine l'électricité négative; là au contraire, est accumulée la positive; d'ailleurs chacune d'elles attire l'autre; mais, comme d'un autre côté, les élémens des corps organisés sont combustibles, l'*oxydation* (la *respiration*) est pour eux une nécessité; et cette sorte de combustion qui soutient les fonctions de la vie pendant un temps, finit par consumer l'organisme : c'est pourquoi la vieillesse résulte, non-seulement du dessèchement graduel des tissus, mais encore de l'oxydation des matériaux qui les constituent. L'analogie que nous avons signalée plus haut, entre le pôle négatif et le *procédé vital*, se soutient jusque dans la constitution intime des fluides récrémentitiels; ils tendent à l'alcalinité, tandis que les liquides excrémentitiels sont acides comme les produits du pôle positif de la pile auquel nous avons assimilé le *procédé désorganisant*.

Passant ensuite à l'influence qu'exercent sur la vie, les agens impondérables (chaleur, lumière, électricité), M. Virey montre qu'ils ne l'engendrent eux-mêmes ni spontanément, ni par leur concours : ce sont des stimulans qui facilitent le concert harmonique des organes, mais dont l'intervention n'est efficace qu'autant que subsiste le principe de l'*irritabilité*: celui-ci leur résiste, même avec une grande énergie dans une foule de circonstances (*hibernation*). Enfin, ces mêmes agens peuvent être le produit du jeu des organes; et malgré les rapports intimes qui unissent l'un d'eux (l'électricité) avec l'excitant, quel qu'il soit, du système nerveux, on ne peut le considérer que comme un agent docile, mis en œuvre par les appareils électriques de certains poissons.

Le dernier argument dont se sert l'auteur, et ce n'est pas le moins convaincant, pour prouver que les corps organisés ne sont pas dus à un aveugle hasard, il l'emprunte à la stabilité des formes végétales ou animales, à la corrélation qui se remarque entre les êtres et leurs demeures, entre les organes et leurs excitans, à l'originalité des types qui se perpétuent, comme les conditions qui les entourent et avec lesquels ils s'harmonisent: la culture, l'éducation peuvent amener de légères déviations qui disparaissent bientôt quand on abandonne ces êtres à leur propension spontanée.

Le second livre traite de l'origine et de la formation des êtres par rapport à leurs destinations. La grande question des *générations spontanées* y est traitée avec détails: après avoir exposé les faits qui militent en leur faveur, tels que la présence des entozoaires dans le parenchyme des organes le plus profondément situés, leur existence chez le fœtus, etc., M. Virey les rejette, en s'appuyant sur l'appropriation des êtres aux localités qu'ils habitent, sur les rapports qui unissent les individus de sexe différent, sur l'uniformité des races microscopiques; enfin, sur les harmonies perpétuelles qui partout annoncent l'ordre et la prévoyance. On pourrait à la vérité objecter que les rapports harmoniques sont dus aux influences locales, aux habitudes, etc.; qu'ainsi les mammifères des terrains humides ont les jambes courtes, la panse volumineuse, etc. Mais M. Virey répond avec raison, qu'on remarque aussi souvent la dissemblance que la similitude entre les êtres et les régions qui les nourrissent : il ajoute que la distribution géographique des plantes et des animaux ne prouve pas leur naissance dans le lieu qui les renferme, car les espèces sont plus rares là où les communications sont plus difficiles, etc. Et, si une intelligence régulatrice se manifeste dans tous les êtres par la création de formes appropriées à leurs fonctions, n'est-ce pas à elle qu'il faut encore rapporter ces directions des plantes, ces instincts innés des animaux, préexistant et survivant aux organes qui servent à leur manifestation.

Nous avons signalé plus haut des différences caractéristiques entre les élémens inorganiques et les élémens organiques; la plus importante, sans contredit, est celle qu'on observe dans leur réaction mutuelle; tandis que les premiers, obéissant à des forces physiques ou chimiques, ne donnent naissance qu'à des agrégats minéraux ou à des composés plus ou moins fixes, les autres n'exercent le mouvement vital qu'au moyen de puissances antagonistes, d'équilibres généraux ou partiels, dans le même individu. Ainsi, tout être *vivant résulte primitivement de l'antagonisme de deux prin-*

cipes distincts; l'embryon est formé par la soudure de deux molécules opposées dans leur force, l'une, *parenchymateuse*, absorbante, provenant de la mère, l'autre, *nerveuse*, émanée du père. Le principal antagonisme dans les vertébrés, s'exerce entre le pôle supérieur ou positif, constitué par l'axe cérébro-spinal, et le pôle inférieur ou négatif, auquel se rapporte tout l'appareil viscéral, ou de nutrition. Une disposition analogue se trouve chez les végétaux: les élémens mâle et femelle se représentent également dans leur polarisation contraire : et c'est même par la connaissance approfondie de tous ces antagonismes de l'économie que l'on parvient à saisir le fil de ses sympathies et de ses correspondances. Enfin, M. Virey termine ce livre par l'examen des rapports qui lient et subordonnent à la respiration, les fonctions nerveuses et reproductrices: il résume dans un tableau comparatif des trois systèmes chez les animaux, toutes les preuves accumulées dans ce chapitre à l'appui de cette opinion, que *la respiration domine tout le reste de l'économie.*

Dans le troisième livre, M. Virey étudie le développement des formes organiques et de leurs fonctions. Il commence par établir que l'organisation débute toujours par l'état liquide. Bientôt le fluide se concrète en gélatine par le rapprochement des globules dont il est formé, globules qu'on retrouve dans le tissu aréolaire qui résulte des condensations ultérieures. Avec les fibres et les vaisseaux apparaît l'individualité de chaque espèce animale ou végétale; alors aussi l'organisme acquiert le surcroît d'excitabilité nécessaire à l'établissement de cette unité d'action de la vie: l'appareil respiratoire se déploie, et par l'absorption de l'air, la force de contractilité des fibres devient manifeste et fréquente; les végétaux s'approprient le carbone, élément principal de leur tissu, tandis que les animaux absorbent l'azote qui développe en eux la *matière rouge* (du sang) et la *chair*. Ainsi, les radicaux simples ou *monades* s'élèvent graduellement de l'état minéral, dans lequel prédominent les combinaisons binaires (*dyades*) au végétal qui offre les associations ternaires (*triades*), pour arriver enfin à l'animal, c'est-à-dire la complication quaternaire (*tétrade*), la plus élevée que nous connaissions. Les lois physiques et chimiques suffisent pour expliquer les réactions du règne minéral, les fonctions des végétaux réclament en outre l'application des lois physiologiques, auxquelles se surajoutent encore les lois psychologiques pour les animaux. Mais ces lois inhérentes à la vie, sont l'expression d'une puissance transitoire comme elle, qui fixe les formes définies indi-

viduelles, en rapport avec la destination de chaque être, et qui limite sa durée. D'ailleurs, si les deux règnes organiques tendent à se confondre dans les classes inférieures, à mesure qu'on s'élève dans l'une ou l'autre échelle, on voit les distinctions se multiplier et les différences devenir de plus en plus tranchées, sans cependant effacer complètement les analogies. Ainsi, après avoir montré que la forme *rayonnante* est appropriée aux végétaux et à l'hermaphrodisme immobile, et la *symétrique* aux animaux divisés en sexes et doués d'une tête et d'appendices locomoteurs parallèles, que dans l'un et l'autre règne, le déploiement des forces a lieu par *antagonisme* ou opposition polarisée, que chaque animal ou végétal de structure composée, est une association de plusieurs individualités inférieures, groupées de manière à constituer un ensemble harmonique, qu'enfin tous les organes sont soumis à une loi de balancement telle, que la prédominance d'une partie entraîne la souffrance de celle qui lui correspond, M. Virey oppose les deux organismes l'un à l'autre, et étudiant chaque classe d'être, et chaque fonction tour à tour, il en fait ressortir les analogies et les différences. Cette comparaison conduit à reconnaître dans la série des êtres organisés, une ascension manifeste, une complication croissante, une tendance non-interrompue vers le perfectionnement, depuis les moisissures, les lichens, etc., jusqu'aux plus beaux produits du règne végétal, et depuis l'infusoire le plus simple jusqu'à l'homme. Cette élaboration progressive se prouve d'ailleurs par les intermédiaires qui unissent les classes ou les individus, et peut être suivie dans les tissus élémentaires eux-mêmes. Enfin, parmi toutes les lois régulatrices du développement des formes, il en est une qui préside à la coordination de l'organisme, nous voulons parler de la loi *d'évolution centrale*; à la vérité, la théorie de *l'épigénèse* a de puissans défenseurs, mais elle est en contradiction avec l'idée de l'unité de plan, et la combinaison harmonique des parties concourant à un seul objet. En vertu de cette loi, le corps s'accroît jusqu'à un point déterminé, mais d'une manière inégale pour les diverses parties, les vitalités partielles ont même moins de durée que la vitalité totale: c'est à cette cause qu'il faut rapporter les mues, la floraison, la défoliation, etc. Ces changemens que subissent les êtres vivans, sont soumis aux mouvemens du globe; dont la révolution diurne règle aussi les fonctions quotidiennes de l'existence, tandis que les périodes mensuelles exercent leur influence sur les organes génitaux, et les annuelles sur la durée de la vie dans les espèces végétales sur les époques de croissance, les métamorphoses, etc. chez les

animaux. La périodicité des causes amène celle des effets dans le monde moral, aussi bien que dans le monde physique, pour les espèces et les sociétés, non moins que pour les individus; et quant à ceux-ci, mieux on fera correspondre l'exercice des fonctions vitales avec les révolutions diurnes ou annuelles dont nous avons parlé, mieux on pourra les exécuter sans subir de plus grandes déperditions.

Nous avons vu au commencement de ce livre, que tout organisme débutait par l'état liquide, et s'élevait ensuite par degrés jusqu'à l'état osseux; ces degrés constituent les âges, les sexes et les tempéramens; on les retrouve aussi dans l'échelle entière des êtres qui présentent l'acheminement vers la sécheresse, uni à la tendance vers la complication organique. La différence de densité des tissus explique encore la diversité de croissance dans les végétaux comme dans les animaux; plus la texture des uns ou des autres est solide, plus ils sont doués de longévité, mais aussi plus leurs périodes vitales s'exécutent avec lenteur. Enfin, c'est à cette même cause qu'on doit rapporter l'action souvent opposée du même excitant, de la lumière, par exemple, sur les êtres les plus rapprochés par leur organisation; tels sont en particulier, les végétaux et les animaux diurnes opposés aux espèces nocturnes.

La reproduction des êtres forme le sujet du dernier livre de l'ouvrage de M. Virey. La considérant d'abord d'une manière générale, l'auteur pose comme axiôme, que la force organisatrice est une *intelligence préordonnée*, prouvée par les actes spontanés et les instincts spéciaux des êtres, et se manifestant de plus en plus à mesure qu'on s'approche de l'homme : le point culminant de cette puissance est celui où se résument tous les élémens vivifiables; d'ailleurs elle ne développe les germes de ses productions que dans des circonstances locales données; elle est séparable des corps qui se transforment sans que leurs élémens se détruisent; c'est elle qui coordonne ces élémens, et préside à l'établissement des formes spécifiques, des types originels, qui, distinguant les familles les plus voisines, constituent leur individualité, et auxquelles chaque espèce revient spontanément lorsqu'on éloigne les obstacles dus au climat, à la nourritnre, etc., qui en avaient altéré la pureté primitive. Enfin, chaque être est en harmonie avec la nature universelle et avec d'autres êtres, et plus il est élevé dans l'échelle, plus ses dépendances sont multipliées.

Passant ensuite à l'examen des rapports des sexes et de leur polarisation, M. Virey montre que les appareils reproducteurs, nuls

dans les végétaux et les animaux les plus simples, puis ne consistant qu'en ovules isolés, se déploient bientôt de manière à donner lieu à l'androgynisme et à l'hermaphrodisme, dont le dédoublement constitue enfin la polarisation sexuelle, d'autant plus constante que l'on s'adresse à des organisations plus perfectionnées. Pour ce qui est des germes eux-mêmes, ils paraissent *neutres*, et ne revêtent un sexe que pendant l'acte de la fécondation, par la prédominance des forces du sperme, ou mâle ou femelle : ce sexe n'est d'ailleurs fixé qu'après plusieurs transformations; de neutre qu'il était, l'embryon devient analogue à l'hermaphrodite, puis n'arrive au développement masculin, qui est la plus haute destinée des organismes, qu'après avoir passé par l'état femelle.

Toute fécondation exige la présence d'un principe excitateur; le pollen des végétaux et le sperme des animaux sont les agens chargés d'imprimer le mouvement organique : celui-ci doit être considéré comme la *neurine*, qui de son côté, n'est, en quelque sorte qu'un sperme coagulé : le fœtus, chez les mammifères, présentant la tête la première dans l'utérus, il n'est pas hors de vraisemblance que c'est par la partie antérieure du système nerveux que s'opère l'intus-susception séminale vivifiante : que de là, elle s'irradie dans tous les canaux du névrilème : le sexe dépendra de la vigueur de l'impulsion, qui sera plus ou moins capable de pousser au dehors les parties génitales. Cette influence du sperme mâle sur les organes extérieurs, tandis que le caractère de la mère est plus profondément imprimé dans les parties internes, se prouve par l'exemple des métis animaux ou végétaux, et a conduit à l'amélioration des espèces domestiques par le croisement des races.

Quand on compare avec soin les divers modes de reproduction des êtres, on arrive à cette remarquable conclusion que les œufs et les graines ne diffèrent en rien des boutures ou des bourgeons : ce qui donne à une partie quelconque les qualités de *germe*, c'est la présence d'un principe central de vitalité qui l'individualise ; aussi voyons-nous la multiplicité des germes devenir moins considérable à mesure que le système nerveux se centralise davantage. D'ailleurs, ces germes appartiennent à un type normal dont ils ne peuvent originairement dévier, et si l'on observe souvent des monstruosités congénitales, on peut les attribuer, soit à des causes dynamiques étrangères au germe lui-même, soit à des abberrations de nutrition, etc. Mais les germes, quelle que soit leur diversité, émanent tous des matériaux nutritifs élaborés par la mère, ce qui revient à dire que toute génération n'est qu'une

nutrition continuée, et que les produits qui en résultent ne sont d'abord qu'une fraction de la matière nutritive concentrée sous un petit volume, et possédant assez de moyens d'activité pour subsister d'elle seule : quant au degré de complication de l'œuf ou du bourgeon fœtal, il est en rapport avec l'organisation plus ou moins complexe de l'être qui doit en provenir. Toutefois, en vertu de l'effort réciproque des deux élémens nerveux ou paternel et nutritif ou maternel qui le constituent, le germe n'atteint le plus haut point de perfection dont il est susceptible, qu'à l'aide de métamorphoses qui représentent les degrés principaux de l'échelle : de là cette idée « Qu'il n'y a sur le globe qu'un seul animal et un seul végétal, mais progressif et varié, depuis la *monade prototype et protéiforme*, susceptible au moyen des élaborations que l'organisme opère avec le temps, par la continuité du mouvement vital et se compliquant de plus en plus, d'atteindre le faîte sur chaque planète. »

Après avoir constaté que dans l'œuf l'embryon a toujours, à l'état normal, la tête en sens contraire de celle de la mère, et que la placenta offre dans la graine une situation analogue, fait qui se rattache à l'opinion relatée plus haut, sur l'intussusception séminale, M. Virey termine son livre par l'étude des transformations que subissent les embryons jusqu'au moment de leur mort, dernière métamorphose de l'être organisé.

Dans la longue analyse qu'on vient de lire, nous avons cherché à exposer aussi complètement que possible les idées fondamentales de l'auteur : le plus souvent même, nous nous sommes servis de ses propres expressions, surtout lorsque les opinions qu'il nous fallait reproduire, nous paraissaient sujettes à contestation ; et cependant, malgré l'étendue de cet article, nous osons à peine nous flatter d'avoir atteint le but que nous nous étions proposé. C'est qu'aussi le livre de M. Virey échappe à l'analyse par l'immensité même des faits sur lesquels l'auteur fonde ses théories, et en outre, telle proposition qui semble hasardée lorsqu'on la présente isolément, répugne moins à l'esprit quand on s'y trouve amené par degrés, à l'aide de raisonnemens déduits de l'observation. Le défaut qui nous a le plus frappé dans cette composition, si remarquable d'ailleurs, est l'absence d'un plan bien tracé, que l'auteur se serait astreint à suivre dans tous ses développemens sans doute. M. Virey a envisagé, sous leurs différentes faces, toutes les questions qu'il regarde dans son introduction, comme constituant la base de la philosophie de l'histoire naturelle ; mais les liens qui

les unissent ne sont point assez apparens : l'enchaînement des idées ne se fait pas suffisamment sentir, et l'attention du lecteur est plutôt captivée par la richesse des détails, qu'entraînée à la poursuite des grandes vérités en lesquelles devrait pouvoir se résumer un ouvrage vraiment philosophique. On peut encore reprocher à M. Virey quelques répétitions oiseuses, plusieurs négligences de style, et spécialement certaines théories, telle que celle qui a trait à l'intussusception séminale, dont la hardiesse nous semble hors de proportion avec les faits qui leur servent de fondement. Malgré ces défauts, qu'il sera facile de faire disparaître dans une autre édition, le travail de M. Virey est sans contredit l'un des plus intéressans que l'on puisse lire : c'est le fruit d'une érudition immense, élaborée par de longues et profondes méditations, et embellie par un style généralement pur et quelquefois brillant : il sera recherché par tous ceux qui cultivent les sciences physiologiques et médicales, et qui, aimant à réfléchir sur leurs lectures, veulent en tirer d'autre fruit que celui d'avoir satisfait une vaine curiosité. GUÉRARD.

Des pertes séminales involontaires ; par M. LALLEMAND, *professeur de la Faculté de Médecine de Montpellier.* Paris, 1836 ; in-8.°, pp. 312. Chez Béchet jeune.

Un ouvrage nouveau de l'auteur des *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale* sera toujours une bonne fortune pour la science et pour l'art. Lors même qu'on ne croit pas devoir admettre toutes les inductions de l'habile écrivain, il n'est personne qui ne s'empresse de rendre hommage à l'étonnante sagacité avec laquelle il apprécie les caractères des phénomènes les plus confus et les plus compliqués, et détermine les rapports qui les lient les uns aux autres ; personne qui ne soit frappé de l'abondance d'aperçus ingénieux dont ses ouvrages sont semés, et surtout des heureuses applications qu'il en fait à la pratique. Ces divers mérites, qui brillent dans toutes les productions de M. Lallemand, ne sont pas moins remarquables dans la nouvelle que nous annonçons et dont nous allons donner une courte analyse. C'est une suite en quelque sorte, et un complément des *Observations et réflexions sur les maladies des organes génito-urinaires*, publiées par cet auteur il y a plusieurs années. Dans cet ouvrage, M. Lallemand avait examiné les maladies des organes génito-urinaires d'une manière locale, pour ainsi dire, et s'était surtout attaché à bien déterminer et à

perfectionner les procédés opératoires qui en assurent le diagnostic et ceux qui en amènent la guérison. Aujourd'hui, tout en étudiant avec soin les altérations de ces mêmes organes, il a principalement fixé son attention, dans le *Traité des pertes séminales involontaires*, sur ce phénomène peu étudié jusqu'à présent et sur les conséquences extraordinaires dont il est susceptible; conséquences qui avaient été à peine entrevues.

« Dans l'espace de 13 à 14 ans, dit M. Lallemand (*Avant-propos*), j'ai recueilli plus de 150 observations de pertes séminales involontaires, assez graves pour altérer profondément la santé et même pour causer la mort. La plupart de ces malades m'ont été adressées pour de prétendues *affections cérébrales* plus ou moins anciennes..... Chez beaucoup d'autres malades, on avait cru voir des gastrites ou des gastro-entérites chroniques, des anévrysmes du cœur, des phthisies commençantes, etc., ou bien des *affections nerveuses*, et surtout un *état d'hypochondrie*. » Dans les observations de M. Lallemand, on voit surtout des individus qui, après avoir été les mieux partagés tant au physique qu'au moral, présentent dans le plus bel âge de la vie, à l'époque la plus brillante de leur carrière et sans cause appréciable, les symptômes progressifs d'une maladie d'épuisement, accompagnée d'un affaiblissement marqué de leurs facultés intellectuelles; en un mot, offrant tous les caractères d'une vieillesse anticipée. Eh bien! dans la plupart des cas, et sans que les malades s'en soient doutés, cette décadence, ou pour mieux dire, cette ruine complète de leur organisme n'a été provoquée, entretenue et consommée que par une *spermatorrhée*, le plus souvent inaperçue. Durant le sommeil ou bien lorsqu'il se présente à la garde-robe, le malade perd journellement son fluide spermatique qui, à cause de son court séjour dans les vésicules séminales n'ayant pu acquérir la couleur, la consistance et l'odeur qui le caractérisent dans l'état naturel, s'est mélangé avec les derniers jets d'urine sans qu'on ait eu occasion d'en constater la présence.

Ces observations prouvent ou du moins rendent très-probable l'opinion de l'auteur, qui voit dans une spermatorrhée de longue durée la cause des symptômes encéphaliques les plus graves. C'est ainsi que, dans certains cas, des congestions cérébrales, l'affaiblissement ou le pervertissement hypochondriaque des facultés morales et intellectuelles, l'anéantissement des forces physiques, n'ont laissé après la mort d'autres conditions anatomiques que les altérations des organes génito-urinaires qui avaient déterminé la

spermatorrhée. C'est ainsi que ces mêmes symptômes, que des gastralgies, des dérangemens des digestions, des insomnies, des vertiges, la diminution de la mémoire, une mélancolie profonde, un épuisement complet; que tous les symptômes qui constituent des névroses de diverses sortes, et surtout l'hypochondrie la plus prononcée, paraissent avoir été provoqués, entretenus par la spermatorrhée, et ont cessé avec elle.

On conçoit, d'après cette manière toute nouvelle d'envisager la spermatorrhée, de quelle importance est l'étude de cette affection, avec quel soin doivent être recherchées ses diverses causes, son mode de développement, les différens procédés thérapeutiques qu'elle exige pour sa guérison. L'histoire des pollutions est si peu avancée, que M. Lallemand a cru devoir procéder comme s'il s'agissait d'un sujet entièrement neuf, c'est-à-dire, commencer par exposer beaucoup de faits particuliers avant d'arriver à des conclusions générales. Son livre se compose donc presque entièrement d'observations groupées d'après l'ordre le plus propre au but qu'il se propose ; quelques réflexions les accompagnent ou les suivent pour faire ressortir les conséquences qu'on peut en tirer, et pour résumer les traits qui les distinguent. Ces observations sont disposées d'après les causes qui ont donné lieu à la spermatorrhée. En effet, c'est principalement la cause des pollutions qui fournit les indications thérapeutiques; il faut bien tenir compte, dit l'auteur, de l'état particulier des organes génitaux, de la constitution des malades, etc.; mais ces considérations sont moins importantes pour le traitement. Il en est de même des symptômes des pollutions, qu'il faut étudier attentivement, puisqu'ils sont peu connus, très-variables, et susceptibles de simuler une foule d'affections ; mais leur caractère est indépendant de la cause première de la maladie ; ils fournissent peu d'indications pour le traitement de la maladie.

L'auteur expose d'abord les observations de spermatorrhée produite par la cause qu'il regarde comme la plus fréquente et la plus énergique, par celle dont l'action lui paraît la plus directe et le moins contestable : l'inflammation des organes sécréteurs et excréteurs du sperme. Il montre, par quelques faits où la mort des malades a permis de constater l'état des parties, comment l'inflammation s'est étendue de l'urètre et de la prostate aux conduits éjaculateurs, aux vésicules séminales, aux conduits déférens, aux testicules, en même temps qu'aux organes urinaires, et quels genres de désordres elle peut y produire. Orifices des canaux éja-

culateurs ulcérés, éraillés; ces canaux dénudés par la suppuration de la prostate, dilatés, épaissis, endurcis, cartilagineux, et même contenant des granulations osseuses; vésicules séminales en suppuration, remplies de pus quelquefois concret et semblable à de la matière tuberculeuse, engorgées, épaissies, cartilagineuses et même osseuses; canaux déférens engorgés, oblitérés par l'épaississement des parois, dans certains points, distendus dans d'autres par l'accumulation du pus, endurcis, cartilagineux, graveleux, et même tout-à-fait osseux; testicules engorgés, présentant des collections purulentes, tuberculeuses, etc.; vessie, uretères, reins présentant des altérations analogues. M. Lallemand explique comment la spermatorrhée a lieu ou est entretenue par suite de ces altérations, qui s'opposent, les unes à ce que le fluide séminal soit retenu par les conduits éjaculateurs, les autres, à ce que ce fluide puisse être tenu en réserve dans les vésicules.

Mais il n'est pas nécessaire que les altérations des organes spermatiques soient portées à un aussi haut degré pour que les pollutions aient lieu. M. Lallemand s'est attaché à bien déterminer le mode de transmission de l'inflammation de l'urètre aux testicules par le moyen des conduits excréteurs spermatiques, pour établir l'influence qu'a sur la sécrétion et l'expulsion du sperme, l'état de la membrane muqueuse qui entoure l'orifice des canaux éjaculateurs. Il existe une telle correspondance entre les organes urinaires et génitaux, qu'il suffit d'une irritation fixée ou portée sur les premiers, pour que les seconds entrent en action, et pour que cette action devienne promptement morbide, pour peu qu'elle soit facilitée par quelque circonstance prédisposante. D'après ces considérations, qui ressortent, du reste, des faits accumulés et rapprochés par l'auteur, on doit s'attendre à voir dans la blennorrhagie la cause la plus fréquente de la spermatorrhée; c'est aussi ce que démontrent un grand nombre d'observations. Tout en regardant cette affection des follicules urétraux et prostatiques comme la cause la plus énergique et la plus directe de la spermatorrhée, M. L.... montre que plusieurs genres de causes qui ont plus ou moins d'influences, capables quelquefois à elles seules de déterminer les pertes séminales, ont souvent agi simultanément ou successivement; tels sont une disposition héréditaire, un tempérament lymphatique, une constitution débile, nerveuse, détériorée, une vie trop sédentaire, une diathèse dartreuse, et surtout des excès vénériens, qui sont notés dans la plupart des cas où la spermatorrhée a été la suite de la

blennorrhagie. Par l'analyse que fait l'auteur des phénomènes qu'ont présentés la sécrétion et l'excrétion urinaire, les organes de cette sécrétion ont presque toujours été affectés de la même manière que les organes génitaux : inflammations de la vessie, des reins, urine plus abondante, plus aqueuse, besoin impérieux et fréquent de la rendre ; émission précipitée, convulsive. En général, les deux ordres de symptômes se sont améliorés ou exaspérés en même temps, et sous l'influence des mêmes causes.

Dans les deux derniers chapitres de son ouvrage, M. Lallemand examine les faits où les affections de la peau et celles du rectum ont été la principale canse de la spermatorrhée. Toutefois, les affections cutanées n'ont pas seules contribué à la production de cet accident. Dans la plupart des cas il a existé des écoulemens urétraux plus ou moins abondans, plus ou moins répétés, qui rapprochent sans doute ces observations des précédentes où la blennorrhée joue le principal rôle. Mais ces écoulemens, outre qu'ils pouvaient être plus facilement contractés par suite de la disposition herpétique, n'étaient pas toujours évidemment produits par l'infection blennorrhéique. L'affection dartreuse pouvait être considérée comme la première cause et fournissait une indication thérapeutique principale. La manière dont elle agit pour provoquer les pollutions, est semblable, du reste, à celle de la blennorrhagie; elles sont amenées par l'irritation et l'inflammation de la membrane muqueuse des organes génito-urinaires : urétrites plus ou moins répétées, cystites aiguës ou chroniques, inflammation des testicules et de la prostate.

Les affections du rectum, telles que la constipation par quelque cause que ce soit, l'inflammation ou l'irritation de cet intestin, les hémorrhoïdes, les fissures de l'anus, la présence des ascarides, provoquent les pollutions en déterminant la compression des vésicules séminales, ou en provoquant leur irritation et souvent en déterminant à la fois ces deux sortes d'effets. Par contre, M. Lallemand a montré, dans plusieurs observations, l'influence de l'inflammation chronique des organes génito-urinaires sur le rectum, qui présente une susceptibilité telle qu'il ne peut plus conserver aussi longtemps les matières fécales; susceptibilité que fait disparaître la cautérisation de la membrane génito-urinaire, ou qui cesse avec la cause qui l'entretient, aussi bien que l'incontinence d'urine et les pollutions.

Le traitement de la spermatorrhée, but principal des recherches de M. Lallemand, est presque entièrement basé sur la considéra-

tion des causes, et l'on a vu que l'auteur attribue le plus souvent cette affection à une irritation de la membrane muqueuse urétrale qui réagit sur les organes spermatiques. Nous allons voir à quel ordre de moyens thérapeutiques le conduit cette donnée étiologique. « On n'a considéré jusqu'à présent, dans les pollutions diurnes, dit M. L..., qu'un relâchement des conduits éjaculateurs, et cette idée exclusive a fait le plus grand mal ; mais ce serait tomber dans une exagération aussi erronée, aussi funeste, que d'attribuer toutes les pertes séminales à la seule irritation des organes spermatiques. Quelques malades peuvent guérir par les toniques seuls, d'autres, par les antiphlogistiques ; mais ces cas sont les plus rares. Il existe presque toujours en même temps dans les organes spermatiques, de l'irritation et de la faiblesse, une excessive sensibilité, et peu de ton. C'est, au reste, ce qu'on observe dans les affections chroniques de toutes les membranes muqueuses. Dans presque tous les cas de pollutions diurnes, ces deux états s'observent simultanément, mais dans des proportions variées ; les antiphlogistiques et les toniques, les émolliens et les excitans, le repos et la fatigue, produisent de bons et de mauvais effets, chez le même individu, suivant que l'irritation ou la faiblesse prédomine momentanément. La cautérisation de la portion prostatique de la membrane muqueuse urétrale, a l'avantage de combattre en même temps ces deux sortes de symptômes. En détruisant la surface des tissus engorgés, elle en change la susceptibilité ; la résolution y produit un resserrement intime qui leur donne une énergie nouvelle. Ce changement se fait bientôt sentir aux organes qui se trouvent sous leur influence immédiate ; c'est pourquoi la cautérisation suffit le plus souvent pour amener une guérison définitive. Mais lorsque la maladie existe depuis très-long-temps, les organes génitaux participent à la débilité générale de l'économie. Après que l'inflammation chronique a disparu, il est nécessaire d'aider les tissus relâchés à reprendre leur ancienne énergie ; rien ne s'oppose à l'administration des toniques de toute espèce ; ils achèvent la guérison commencée par la cautérisation. C'est ce qui explique comment les bains froids, les bains sulfureux, la glace, etc., ont réussi chez des individus auxquels ils avaient été nuisibles dans le principe. Dans le cas où des affections cutanées paraissent avoir eu une part active dans la production des pertes séminales, les bains sulfureux doivent suivre l'emploi de la cautérisation. Enfin, le traitement spécial des maladies du rectum est la condition essentielle de la guérison des spermatorrhées que ces maladies ont déterminées ou en-

tretiennent. Des observations nombreuses viennent à l'appui de ces préceptes, ou plutôt les fournissent.

L'analyse que nous avons faite de l'ouvrage de M. Lallemand ne peut en donner qu'une idée fort incomplète. En effet, les observations qu'il rapporte et sur lesquelles sont basées les considérations étiologiques et thérapeutiques indiquées ci-dessus, sont si variées, qu'il en est à peine deux qui présentent des caractères à-peu-près semblables. Il faudrait donc suivre l'auteur dans les commentaires auxquelles il se livre sur chacune de ces observations, dans les rapprochemens curieux qu'il en fait, pour pouvoir bien exposer ses idées et donner aux lecteurs des élémens suffisans de conviction. Sans avancer que toutes les opinions de M. Lallemand ressortent avec évidence de ses observations, et recevront la consécration de l'expérience, nous pouvons affirmer que les vues nouvelles répandues à profusion dans son livre, fourniront des données plus positives et plus puissantes que toutes celles que l'on possédait jusqu'à présent, pour traiter des maladies qui, par leur opiniâtreté et leurs effets désastreux, font le désespoir des malades et des médecins. Du reste, M. Lallemand n'a pas dit son dernier mot sur les affections qui font le sujet de son livre. Nous attendrons avec impatience le moment où il le complétera.

Botanique médicale et industrielle, ou Dictionnaire des Plantes médicinales usuelles et vénéneuses (y compris les champignons) *tant indigènes qu'exotiques, etc.; par MM.* P. Vavasseur *et* P. L. Cottereau, *docteurs en médecine, etc.; avec un atlas de* 150 *planches représentant plus de* 1200 *figures de plantes ou de champignons dessinées par* A. Chazal, *professeur au Muséum d'histoire naturelle, et gravées par* Ambroise Tardieu (1).

Faire connaître la botanique dans ce qu'elle a de réellement utile, en élaguant tous les détails purement scientifiques et qui ne peuvent offrir d'intérêt qu'à ceux qui font de son étude leur spécialité, tel est le problème que se sont proposé les auteurs de l'ouvrage que nous annonçons. Un pareil travail parait immense au

(1) Cet ouvrage, publié par livraison d'une feuille grand in-8.° à deux colonnes, avec une planche représentant 8 à 10 figures de plantes ou de champignons, formera un volume d'environ 1200 pages avec plus de 1200 figures. Le prix de chaque livraison est de 0,35 centimes figures noires, et 0,75 cent. figures coloriées (un sou de plus par la poste). Adresser les demandes affranchies à l'éditeur de la *Botanique médicale*, rue du Battoir-Saint-André, N.° 7. 12 livraisons sont publiées; il en paraît deux ou trois chaque mois.

premier coup-d'œil ; mais avec un peu d'attention, on reconnait aisément qu'il peut être renfermé dans des bornes plus étroites qu'on ne l'avait pensé, sans cependant omettre rien d'essentiel ; c'est ce dont nous avons pu nous convaincre par la lecture des livraisons déjà parues. MM. Vavasseur et Cottereau suivent une marche qui nous semble tout-à-fait rationnelle. Pour faciliter les recherches, ils ont fait choix de l'ordre alphabétique, en prenant pour nom générique celui qui est adopté par les botanistes les plus distingués de notre époque, et parmi ces derniers, ils donnent particulièrement la préférence à MM. A. Richard et Decandolle : ils ont soin d'ailleurs d'offrir une synonymie aussi complète que l'état actuel de la science le permet, tant en français, qu'en grec, en latin, anglais, en allemand, en italien et en espagnol, en y ajoutant, toutes les fois qu'il leur est possible de le faire, les noms vulgaires employés dans nos départemens. Ils complètent ce travail tout d'érudition par des notions sur les étymologies des diverses dénominations.

Après avoir donné la description botanique des espèces, ils retracent en peu de mots les faits intéressans que peut offrir l'histoire de chacune d'elles, indiquent celles de leurs parties qui sont usitées, signalent leurs propriétés médicinales et leurs différentes préparations pharmaceutiques, exposent leurs modes d'administration et leurs doses, passent en revue leurs applications à la médecine vétérinaire, à l'économie domestique, à l'agriculture et à la technologie, et terminent enfin par des notions détaillées sur la culture, la récolte et la conservation, de manière que chaque article peut être à juste titre considéré comme une véritable monographie complète quoique abrégée.

Ce livre, œuvre de conscience et de savoir, nous semble surtout s'adresser aux médecins qui pratiquent dans les campagnes, aux pharmaciens et aux vétérinaires. Ils y trouveront des détails pharmacologiques et thérapeutiques qui les dispenseront de recourir à des livres spéciaux pour la préparation et l'emploi du plus grand nombre des médicamens qu'ils mettent chaque jour en usage.

Ce qui recommande encore cet ouvrage, ce sont les gravures dont il est enrichi ; les dessins dus au pinceau de l'habile M. Chazal, professeur d'iconographie au Muséum d'histoire naturelle, sont tous faits d'après nature et coloriés avec la plus scrupuleuse attention. Il suffira, pour en convaincre nos lecteurs, de dire que ces différens travaux sont exécutés sous la direction de M. Ambroise Tardieu qui s'est chargé lui-même de la gravure.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

FÉVRIER 1836.

Mémoire sur l'état matériel ou anatomique des os malades, présenté à l'Académie des Sciences, par GERDY, *professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.*

Les maladies organiques des os étant un sujet fort obscur et fort peu connu, j'y ai depuis long-temps porté toute mon attention. Dès mes premières recherches, je m'aperçus que notre ignorance était plus profonde que je ne supposais, car je sentis que nos connaissances sur la structure des os dans l'état sain étaient loin de nous rendre compte de leurs lésions dans l'état maladif.

Dès ce moment mes recherches prirent une autre direction. J'étudiai d'abord l'organisation des os à l'état sain : ce sont les résultats de ces recherches que je présentai, en 1835, à l'Académie des Sciences, et que je publiai, à cette époque, dans le *Bulletin clinique* (1). Aujourd'hui, j'ai

(1) Voici, en quelques mots, le résultat de ces recherches ; les os sont composés, 1.° de tissu compacte, 2.° de tissu canaliculaire, 3.° de tissu canaliculaire entrecoupé, 4.° de tissu réticulaire.

1.° *Le tissu compacte* n'est qu'un composé de tubes osseux très-fins et très-serrés, parallèles à l'axe de l'os dans les os longs, quelquefois convergens dans les os plats, vers les points primitifs d'ossification. Les sillons que l'on voit à la surface des os longs, de certains os plats, comme les pariétaux, pénètrent souvent, dans les canalicules du tissu compact, et même dans le diploé des os plats.

l'honneur d'offrir à l'Académie un court exposé du résultat de mes recherches sur l'inflammation et les lésions organiques des os ; et comme cette affection s'unit à presque toutes les maladies de ces organes, je la suivrai dans celles où l'on peut l'observer.

L'inflammation des os ou ostéite est une maladie beaucoup plus commune qu'on ne le croit et qu'on ne l'enseigne. Aussi est-ce une grande erreur de placer les os au dernier rang des organes, sous le rapport de la fréquence des inflammations. Parcourez les hôpitaux, vous y trouverez, en tout temps, un nombre considérable d'affections des os, où l'inflammation complique toujours la maladie principale, quand l'ostéite n'est pas, elle-même, la maladie principale. Ainsi dans les plaies, les contusions des os,

---

2.° *Le tissu canaliculaire* est le tissu qu'on appelle mal à propos tissu spongieux dans les os longs. C'est un ensemble de canalicules longitudinaux, criblés de trous dans leurs parois communes, en sorte qu'ils communiquent les uns avec les autres. 3.° *Le tissu canaliculaire entrecoupé* est aussi formé de canalicules, mais de canalicules entrecoupés par des lames et des filets osseux qui leur donnent une apparence tellement celluleuse, qu'on pourrait encore l'appeler tissu aréolaire ou celluleux. On serait même d'autant mieux fondé, qu'il présente des aréoles arrondies et non tubulées. Ce tissu occupe les épiphyses des os longs, les os courts et l'intervalle des lames des os plats. 4.° Enfin le tissu réticulaire est un réseau formé de filets osseux solides qui occupent la cavité médullaire des os longs. On en trouve, aussi, dans les os courts qui ont une cavité médullaire, et c'est le plus grand nombre.

Les vaisseaux constituent de réseaux très-fins, à parois excessivement minces, qui se répandent dans tous les canalicules, et qui s'y anastomosent sans cesse à travers les trous de communication dont j'ai parlé, et au sein de la moelle qui les enveloppe. La moelle est un tissu cellulo-graisseux qui est le même dans les cavités médullaires et dans les cavités canaliculaires. Elle est seulement moins abondante dans les canalicules vasculaires très-fins des os que dans les canalicules plus larges, et surtout que dans les cavités médullaires.

les fractures, dans les caries, les tumeurs blanches, les périostoses, les exostoses, l'ostéo-sarcôme, les *spina-ventosa*, les tubercules des os, il y a toujours inflammation du tissu osseux, comme le prouvent les faits dont je vais parler; et il est d'autant plus aisé de s'en assurer, que l'inflammation laisse dans les os des empreintes beaucoup plus durables et plus manifestes que dans aucun autre tissu, des empreintes qu'ou peut reconnaître au bout d'un siècle comme un mois après la mort des malades.

La fréquence de l'ostéite est d'ailleurs facile à comprendre, d'après ce que j'ai dit dans mon Mémoire sur l'organisation des os à l'état sain.

L'ostéite est rarement simple, et probablement elle ne l'est jamais que peu de temps. Du moins on trouve, presque constamment, dans les os enflammés, des traces d'une inflammation plus ou moins prononcée du périoste et de la moelle, et souvent, en même temps, une inflammation *sous-diarthrique*, ou du tissu cellulaire qui unit les cartilages diarthrodiaux avec les extrémités articulaires des os. Assez souvent même des abcès existent au voisinage de l'os malade; et soit que la maladie ait commencé par le périoste, la moelle ou le tissu sous-cartilagineux, elle se propage promptement aux autres parties de l'os.

L'ostéite se complique aussi d'hyperostose, d'exostose, de formations morbides accidentelles. Enfin dans le *spina-ventosa*, dans la nécrose, dans les plaies des os, les contusions, les fractures, les luxations non réduites, l'ostéite complique bientôt, à son tour, ces maladies.

L'ostéite se montre dans le tissu compacte, dans le tissu réticulaire, le tissu canaliculé, et le tissu celluleux ou canaliculaire entrecoupé, si rare dans les os longs, mais très-abondant au sein des os larges, et assez commun, encore, dans les os courts. Il s'en faut bien d'ailleurs qu'elle ne se montre que rarement dans le tissu compacte, car elle s'y développe toujours promptement par l'inflammation des au-

tres tissus de l'os, quand elle n'y a pas eu son siége primitif, comme le prouvent les altérations fréquentes qu'elle y laisse. Ces faits, ceux que j'ai cités tout-à-l'heure, en parlant des complications de l'ostéite, et que j'exposerai plus bas avec plus de détails, prouvent encore qu'un os s'enflammant dans un point de ses différens tissus, l'inflammation s'étend rapidement aux autres tissus de l'os ou même aux tissus voisins.

Les os enflammés sont gonflés : mais tantôt ils sont plus légers, beaucoup plus légers ; tantôt ils sont plus lourds et d'une pesanteur spécifique plus considérable.

Je ne les ai jamais évidemment trouvés plus mous que dans l'état sain, et je crois qu'on s'est trompé tout-à-fait, à cet égard, en prenant leur fragilité pour un ramollissement qui n'existe pas.

Leur structure est plus ou moins altérée, et présente trois modes d'altération fort différens, qui peuvent exister ensemble dans le même os. Tantôt elle est raréfiée, tantôt elle est plus compacte dans certains points, tantôt elle est érodée, cariée ; delà l'ostéite *raréfiante*, l'ostéite *condensante*, et l'ostéite *ulcérante* ou carie.

L'ostéite raréfiante diminue la pesanteur spécifique de l'os, et le rend plus fragile. Elle consiste dans la dilatation des sillons, des canalicules et des ouvertures vasculaires. Probablement même, ces ouvertures sont plus nombreuses que dans l'état sain. Elles sont d'ailleurs arrondies comme les vaisseaux qui les traversent, et quand on arrache le périoste, leurs vaisseaux déchirés laissent ces ouvertures rouges et pleines de sang. Ces orifices sont quelquefois si larges, qu'on y introduit aisément une grosse tête d'épingle ou une plume de pigeon. On trouve quelquefois à la surface ou dans le tissu des os, des ouvertures petites ou grandes, non arrondies comme les précédentes. Elles sont produites par l'absorption qu'exercent les vaisseaux et le tissu cellulo-vasculaire qui se développe autour d'eux. Quand

un os est enflammé généralement, son conduit nourricier principal, s'il en a un, double parfois de largeur. Je possède un tibia, entre autres, où le conduit nourricier principal a un diamètre plus que double de l'ordinaire, et qui est d'ailleurs couvert d'une multitude de trous vasculaires si gros, qu'on les distingue parfaitement bien à plusieurs pieds de distance. Quelquefois, chose singulière, le conduit nourricier principal se prolonge en tube libre et isolé dans l'intérieur de l'os, comme si ce tube avait été sécrété par l'artère et la veine qu'il enveloppe! Je possède deux exemples de ce genre dans ma collection.

Les canalicules vasculaires dilatés dans le tissu compacte, sillonnent sa surface extérieure, et donnent à sa substance intérieure l'apparence du tissu canaliculaire non entrecoupé ou entrecoupé. Quand on scie un os long raréfié par l'inflammation, ou, si l'on veut, dans l'inflammation, un tibia, par exemple, les canaux vasculaires du tissu compacte sont tellement dilatés, que les parois de la cavité médullaire, très-épaissies, présentent dans leur coupe un aspect analogue à celui du tissu canaliculaire de l'intérieur de l'os. Au premier abord on est tenté de croire que les parois du canal se sont entièrement métamorphosées en tissu canaliculaire, et se sont confondues en une seule masse avec celui qui remplit la cavité intérieure de l'os sous forme de tissu spongieux.

Si l'on divise le même os en travers, on obtient une coupe perpendiculaire des canalicules du tissu compacte, dont les embouchures irrégulièrement arrondies sont béantes sur cette coupe des parois du canal médullaire et autour de son orifice. J'en ai plusieurs cas dans ma collection.

Le tissu canaliculaire, dit spongieux, a aussi ses canalicules dilatés et leurs parois sont minces et fragiles. Souvent ces canalicules sont plus courts, et la cavité médullaire s'approche beaucoup plus près des extrémités de l'os. Cette cavité est vide ou remplie de tissu réticulaire. J'en possède plusieurs exemples.

Les canalicules entrecoupés ou le tissu aréolaire offrent aussi des vides beaucoup plus considérables. Voilà les changemens manifestes qui expliquent pourquoi un os ainsi altéré a une pesanteur spécifique moindre ; pourquoi il est plus fragile, et pourquoi il est plus facile à écraser et à couper sans être évidemment plus mou. En effet, comme les os qui paraissent ramollis se montrent aussi durs que les autres, lorsqu'on les a dépouillés de toutes leurs parties molles, au moyen d'une macération qui aurait dû les ramollir encore davantage s'ils l'étaient réellement, je suis obligé de douter de leur ramollissement. Ne suis-je pas même obligé d'y refuser ma croyance ?

Les canalicules dilatés dans l'intérieur des os sont remplis de moelle rouge, mais il est difficile d'en distinguer les vaisseaux tant ils sont fins et déliés. Ils y paraissent ramifiés, multipliés avec excès, et y sont probablement plus gros qu'à l'état normal. Mais leur augmentation de volume y est moins évidente que dans les sillons et les trous vasculaires de la surface de l'os, et surtout que dans le conduit nourricier, lorsqu'il est largement dilaté. D'ailleurs, les vaisseaux ne forment point un système caverneux comparable à celui de la verge. Je ne puis à cet égard partager la pensée de M. Cruveilhier. Il est aisé de voir dans les amputations des membres, au sang qui s'écoule du tissu de l'os et de la moelle coupés, que leurs vaisseaux sont des capillaires très-fins. Dans les amputations du pénis, au contraire, le sang s'écoule généralement en nappe, comme s'il sortait d'une éponge.

Dans *l'ostéite condensante* le tissu compacte est épaissi et quelquefois plus dense ; le tissu canaliculaire, le tissu réticulaire le sont souvent aussi. Ce dernier présente parfois des noyaux vermiculaires, et d'ailleurs l'os offre souvent alors, à sa surface externe, des sillons, des ouvertures vasculaires plus prononcées que d'habitude, et à l'intérieur des canalicules plus larges, soit dans l'épaisseur du tissu

compacte, soit dans l'épaisseur du tissu canaliculaire. Il est à-la-fois aussi plus dense en certains points, plus raré dans d'autres. Quand cet excès de densité l'emporte sur la raréfaction, la pesanteur spécifique de l'os entier est plus grande que dans l'état sain.

Le tissu compacte présente à la coupe l'aspect de la pierre sciée. Il en est de même du tissu canaliculaire et du tissu réticulaire condensés aussi. Souvent alors l'altération de ces tissus oblitère complètement le canal médullaire des os longs, qui semble rempli d'une substance pierreuse. Les noyaux vermiculaires du tissu réticulaire ressemblent à des pelotons de vermisseaux entortillés, qui remplissent le canal médullaire en totalité ou en partie dans les lieux qu'ils occupent, et ils sont parfois, surtout quand ils sont volumineux, formés, au centre, de substance compacte très-dure.

La raréfaction vasculaire des os est évidemment produite par la résorption que les vaisseaux canaliculaires, leurs ramifications, le tissu cellulaire ou les tissus de nouvelle formation qui les environnent, exercent à la circonférence, dans les ouvertures et les canalicules vasculaires. On n'en saurait douter, car il n'y a aucune trace de détritus osseux autour des vaisseaux, comme cela devrait être si l'aggrandissement des ouvertures et des canalicules vasculaires était le résultat d'une usure mécanique.

La compacité de l'ostéite condensante est évidemment un produit de sécrétion intérieure. On n'y distingue pas toujours de canalicules vasculaires, soit qu'ils soient oblitérés, s'il y en a eu, soit que l'ostéite compacte se soit développée par juxtà-position ou superposition.

Quelle est la composition chimique de ces altérations? J'ai soumis pendant 24 heures à l'action de l'acide hydrochlorique étendu d'eau deux fragmens d'os, l'un raréfié et l'autre condensé. Quand ils furent entièrement ramollis par la dissolution des sels calcaires, et devenus aussi mous que les parties molles, je les fis sécher, je les pe-

sai, et je reconnus que le fragment raréfié avait perdu les sept dixièmes de son poids, et le fragment condensé les deux tiers. Le reste était de la gélatine.

Dans l'*ostéite ulcérante* ou *carie*, l'ulcération de l'os offre toujours une suppuration plus ou moins abondante.

Cette ulcération ou carie est tantôt superficielle, et présente une surface rugueuse, vermoulue; tantôt profonde, sinueuse et encore rugueuse. Jusqu'à présent on a méconnu le caractère vasculaire de ces rugosités, de cette vermoulure. On n'a pas vu qu'elles sont dues à l'augmentation morbide des ouvertures des sillons vasculaires, et à la formation d'ouvertures irrégulières produites par la résorption du tissu osseux.

Sous la surface rugueuse d'une carie superficielle, autour de la surface fistuleuse d'une carie profonde, existe, d'ailleurs, une ostéite plus ou moins profonde avec tous les caractères anatomiques décrits précédemment.

Enfin, à la surface ou dans la profondeur de cette ostéite, s'observent souvent, très-souvent, des esquilles qui se présentent sous la forme de granulations, d'aiguilles, de lames, de noyaux arrondis ou hérissés, toujours irréguliers à leur surface. Ces esquilles sont des portions d'os enflammées, séparées des autres parties par une inflammation circonférentielle, ulcérante et suppurante, qui les a frappées de mort, comme ces portions de tissu cellulaire enflammées dans un phlegmon, qui sont aussi frappées de mort par une inflammation circonférentielle ulcérante et suppurante. Ces esquilles, ayant été enflammées avant d'être séparées des parties vivantes voisines, conservent encore les traces de l'inflammation. Aussi, quand elles ont un volume sensible, celui d'un pois, par exemple, et qu'elles sont extraites sur le vivant ou sur le cadavre, immédiatement après leur séparation des parties ambiantes, sans avoir macéré dans le pus, elles sont rouges et sanglantes. On reconnaît, après les avoir fait macérer dans l'eau et les avoir appropriées et desséchées, qu'elles sont formées de tissu osseux raréfié,

fragile et non ramolli, qui a tous les caracteres du tissu osseux enflammé par une ostéite raréfiante. Ces caractères sont si évidens, qu'on ne peut jamais les confondre avec les esquilles compactes de la nécrose, qui sont d'ailleurs frappées de mort par un mécanisme tout différent, comme nous le démontrerons plus bas.

Des différences si profondes m'engagent à désigner particulièrement sous le nom *d'esquilles* les fragmens osseux raréfiés et nécrosés de la carie, et particulièrement, aussi, sous le nom de *séquestre*, les fragmens compacts non raréfiés et non enflammés de la nécrose. C'est dans ce sens que j'emploierai maintenant ces deux expressions; le langage de la science y gagnera plus de précision, et les différences de la carie et de la nécrose, si obscures jusqu'à ce jour, frapperont davantage l'esprit du lecteur.

On a dit, dans ces derniers temps, que les esquilles de la carie diffèrent du séquestre de la nécrose par la perte de la gélatine. Je me suis assuré, par mes propres recherches, que le fait n'est pas exact, ou que du moins il n'est pas constant. Mais pour donner plus d'autorité à ces faits, j'ai prié M. Barruel aîné, chef des préparations de chimie à la Faculté de Médecine de Paris, de s'assurer s'il y avait de la gélatine dans une esquille de carie, de la grosseur d'une noisette. Eh bien, ce noyau, soumis à l'action de l'acide hydrochlorique affaibli, perdit ses sels calcaires et sa solidité, et devint mou, compressible, léger, sans rien perdre de sa forme qu'il reprenait d'ailleurs par sa seule élasticité, et comme une éponge, aussitôt que l'on cessait de le comprimer. Il restait composé de gélatine.

Dans l'*ostéite périostique* ou compliquée de la phlegmasie du périoste, cette membrane est plus épaisse et plus ou moins adhérente à l'os que dans l'état sain, ramollie ou indurée, et injectée de vaisseaux plus volumineux et parfois plus nombreux.

Quand elle est plus adhérente, cette disposition est due, surtout, à ce que les vaisseaux qu'elle envoie dans le tissu

osseux sont plus gros et par conséquent plus résistans ; à ce que les vaisseaux qui sillonnent habituellement la surface de l'os sont engagés dans des sillons plus profonds ; et, souvent, à ce que le périoste embrasse exactement les concrétions osseuses irrégulières qu'il a sécrétées, et s'enfonce avec ses vaisseaux dans leurs anfractuosités.

La profondeur des sillons de l'os provient elle-même de la sécrétion des fluides ossifians ou ostéogènes qui ont été versés sur les bords de ces sillons par leurs vaisseaux eux-mêmes, ou par le périoste malade.

Les concrétions osseuses dont je viens de parler s'observent à la surface des os. Elles ont plus ou moins d'étendue et sont quelquefois très-considérables. Tantôt, elles ressemblent aux gouttes d'un fluide concrétées à la surface des os ; d'autres fois, ce sont des écailles, des lames irrégulières d'une épaisseur inégale ; dans d'autres cas, ce sont des saillies irrégulièrement arrondies et agglomérées ; d'autres fois enfin ce sont des éminences mamelonnées, styliformes, faisant une saillie considérable.

D'ailleurs, toutes ont leur surface, ou des points de leur surface, lisses et polis ; la plupart ont une surface raboteuse, chagrinée ; il en est enfin dont la surface est criblée de trous vasculaires, et dont les conduits pénètrent jusque dans la masse des concrétions, qui ressemble alors au tissu des os enflammés.

Ces concrétions sont évidemment le produit de l'inflammation ou de l'irritation du périoste. C'est cette membrane qui les a sécrétées ; et quand elles sont criblées d'ouvertures et de canalicules vasculaires, leur raréfaction prouve alors que des vaisseaux de nouvelle formation s'y sont développés dans le temps où le liquide sécrété qui leur a donné naissance était encore fluide.

Quand l'ostéite est compliquée de l'inflammation du tissu médullaire, et par là j'entends tout le tissu adipeux des os, (car à cet égard on ne peut pas y admettre deux tissus différens, comme l'a fait Bichat), la moelle est ou

universellement ou particulièrement rouge et enflammée. Dans ce dernier cas, l'inflammation se montre, tantôt sous la forme de taches rouges, tantôt sous la forme de masses rouges plus ou moins considérables. La couleur en est rarement d'un rouge vif, elle est ordinairement d'un rouge-brun, couleur lie de vin. Elle est grise ou d'un gris-bleuâtre dans l'inflammation chronique. Ramollie et même diffluente dans certains cas, la moelle est souvent endurcie, dans quelques ostéites chroniques, par exemple, dans celle qui est si souvent consécutive aux anciens coup de feu. Enfin dans d'autres cas, la moelle est comme ecchymosée; elle présente de véritables épanchemens sanguins et même des points en suppuration.

Quand l'ostéite occupe les parties articulaires des os et quand elle est compliquée d'inflammation diarthrodiale ou de *sous-diarthrite*, comme dans un grand nombre de tumeurs blanches, la coïncidence de ces deux affections est due ordinairement à une origine commune.

Le tissu cellulaire qui unit les cartilages diartrodiaux à l'os et qui forme une lame invisible dans l'état sain, tant elle est mince, prend alors une épaisseur considérable, soit par suite de son développement, soit par suite de sécrétions organisables qui ajoutent à son épaisseur. Les cartilages s'amincissent par résorption, sans laisser aucun détritus de leur usure, et tantôt ils deviennent minces et flexibles comme un morceau de parchemin mouillé, sans qu'on puisse être sûr de leur ramollissement, car leur flexibilité peut tenir à leur minceur; tantôt ils se perforent et laissent saillir, par leur perforation, la lame cellulaire sous-cartilagineuse devenue rouge et tomenteuse; tantôt, enfin, ils disparaissent totalement sans laisser jamais de produit d'une usure mécanique. Alors la surface articulaire des os semble revêtue d'une fausse membrane épaisse, veloutée, tomenteuse, d'un rouge-brun ou grisâtre. Mais quand on enlève cette membrane, que trouve-t-on? les

os à nu et plus de cartilages. Ils ont entièrement disparu. Les auteurs qui ont cru voir, alors, une fausse membrane, ou une inflammation de la synoviale prolongée sur les cartilages enflammés se sont donc trompés. Ils se sont d'autant plus trompés, à mes yeux, qu'il est douteux, pour moi, que les cartilages s'enflamment et qu'ils se ramollissent. Il me paraît même douteux que la synoviale se prolonge sur toute la surface des cartilages diarthrodiaux, et il est certain que, s'il y a une membrane, comme j'ai, une fois, cru l'apercevoir, elle diffère autant de la synoviale par ses propriétés que la membrane antérieure de la cornée transparente diffère de la conjonctive.

Il est douteux, disais-je, que les cartilages s'enflamment. Comment pourrait-il en être autrement, pour moi? Les maladies articulaires où on les trouve perforés et détruits dans une étendue considérable, sont fort communes; j'en ai vu beaucoup, et, depuis longtemps, je cherche vainement des inflammations de cette espèce. Au contraire, quand je rencontre des cartilages, en totalité ou en partie détruits, je trouve les portions non détruites parfaitement saines, seulement amincies au milieu des inflammations les plus graves et les plus anciennes.

Je trouve souvent le cartilage réduit à quelques granulations petites comme une tête d'épingle, et ces granulations, encore adhérentes, sont blanches, sans la moindre apparence de vaisseaux, dures et résistantes au milieu d'une destruction générale. Comment auraient-elles pu échapper à l'inflammation qui les entoure de toutes parts, si les cartilages étaient vasculaires et susceptibles d'inflammation? comment en outre ces granulations ne seraient-elles pas alors recouvertes de leur synoviale enflammée, si la synoviale se prolongeait à leur surface?

Dans l'ostéite compliquée de l'inflammation que je viens de décrire, l'os est rugueux et poreux à sa surface articulaire, comme s'il était vermoulu. Il présente à la circon-

férence de cette surface et à une distance plus ou moins considérable, de larges ouvertures et de profonds sillons vasculaires qui aboutissent en grand nombre au bord même de la surface articulaire. Parfois on voit ces sillons s'enfoncer là sous des écailles ou lamelles osseuses irrégulières, sécrétées par le périoste.

Dans cette ostéite, si c'est un os long, il présente souvent jusque vers le milieu de son corps et même au-delà des taches d'un rouge-brun violet, composées d'une couche osseuse mince qui s'enlève comme une écorce avec l'instrument tranchant, et sous laquelle le tissu compacte est raréfié, vasculaire et injecté de sang. Cette lame corticale est même quelquefois résorbée, et l'os est comme ulcéré ou carié à sa surface.

Enfin, dans un cas d'ostéite articulaire, j'ai rencontré une altération si extraordinaire que je ne puis me dispenser de donner au moins l'histoire abrégée de l'affection du malade.

Jacquet, âgé de 24 ans, tailleur d'habits, entra à Saint-Louis vers le 24 juin 1831, pour une tumeur blanche du genou gauche. Il est né de parens sains, morts, néanmoins, à l'époque de son entrée à l'hôpital, son père à 42 ans, par suite d'une contusion violente à la poitrine, sa mère à 50 ans, d'une maladie qu'il ne peut préciser. Il a un frère de 22 ans et une sœur de 30, qui sont bien por tans. Il n'y a pas eu de scrofules dans la famille, et lui s'est généralement bien porté. Mais, vers l'âge de 15 ans, il est tombé sur le genou gauche, et en éprouva beaucoup de douleur. Une grosseur y parut ensuite, par la fatigue. Elle disparaissait par le repos, et revenait encore avec la fatigue. Peu-à-peu, tout le genou se prit, il se gonfla, devint douloureux, engorgé et moins mobile. La cuisse diminua et s'étrangla au-dessus du genou.

A son entrée à l'hôpital, le genou était plus gros que l'autre, engorgé, douloureux, chaud, peu mobile, et la

cuisse droite moins grosse que la cuisse opposée. Sa santé générale était bonne. Il fut traité par le repos, les cataplasmes, des sangsues, des vésicatoires successivement appliqués sur l'articulation ; enfin par la compression, qui réduisit le volume du genou malade à l'égal de celui du genou sain, et en fit disparaître la douleur.

Au mois d'avril, le malade fut obligé de sortir pour céder sa place aux cholériques qui envahirent mon service. Il marchait assez bien, mais il se laissa tomber sur le pavé, six semaines après sa sortie. Le genou gauche porta violemment. Les accidens locaux revinrent, plus alarmans, et s'accompagnèrent de fièvre. Toute la cuisse devint même douloureuse. Le malade n'employa que le repos et les cataplasmes, et rentra à l'hôpital Saint-Louis vers le 24 juin 1832, dans mon service, où il n'y avait presque plus de cholériques, par suite de la suspension de l'épidémie. Alors, le genou était beaucoup plus gros que l'autre, fort douloureux, fluctuant au-dessus de la rotule, chaud, rouge. La cuisse était douloureuse, surtout à la pression.

Après quelques jours de préparation que je jugeai nécessaires pour calmer la fièvre, je lui fis l'amputation de la cuisse. Deux jours après, étant appelé dans mon pays natal horriblement ravagé par le choléra, je fus obligé d'abandonner mon malade aux soins de mes collègues, pour voler au secours de mes compatriotes. Bientôt atteint, moi-même, je restai cloué pendant deux mois entiers sur mon lit de douleur, et ne pus même revenir à Paris qu'après une absence de quatre mois, et encore malade. En reprenant mon service, je trouvai Jacquet guéri de son amputation, mais il avait eu plusieurs abcès, tant au bout du moignon que le long de la cuisse. Il en portait encore un à la base de ce membre, vers le pli de l'aine, dont la suppuration n'était point tarie et qui suppura plusieurs mois. Plus tard une inflammation phlegmoneuse, sourde, chronique, s'y

manifesta plusieurs fois, mais j'en prévins la suppuration. Enfin, treize mois après l'amputation, la guérison du malade paraissant parfaitement solide, il sortit de l'hôpital. Je désespérais de le revoir, quand, l'an dernier, en 1835, je le rencontrai par hasard. J'appris de lui que la solidité de sa guérison ne s'était point démentie. Il était d'ailleurs engraissé, et son teint fleuri annonçait qu'il jouissait, en effet, d'une excellente santé.

Revenons maintenant sur les particularités qu'a présentées l'amputation, et sur l'état anatomique du fémur.

Au moment de l'amputation, au moment où le couteau parvint jusqu'au fémur, des flots d'un liquide jaune, transparent ou très-légèrement trouble, filant et onctueux comme de la synovie un peu altérée, s'écoulèrent et m'inondèrent les mains. Comme j'avais porté le couteau, ainsi qu'on le fait habituellement, au-devant de la cuisse d'abord, je crus avoir ouvert la synoviale du genou, dilatée et prolongée jusqu'au milieu de la longueur de la cuisse, environ. Je le crus, parce qu'on a des exemples de ce fait, et que d'ailleurs j'opérais vers le tiers inférieur du membre. J'en fus néanmoins étonné, parce que j'avais eu le soin de remonter au-dessus de la tuméfaction du genou, là où la cuisse malade était moins grosse que la cuisse saine, comme on le fait d'habitude. J'en fus encore étonné, parce que j'avais senti sous le couteau une crépitation osseuse très-singulière, et que je ressentis encore, quand, du second coup de couteau, je coupai les muscles profonds au-dessus du point où je les avais coupés d'abord légèrement. Quand je saisis ensuite le fémur pour y appliquer l'ongle du pouce et diriger les premiers pas de la scie, je m'aperçus que cet os était enveloppé d'un étui osseux mince et fragile. La section de l'os achevée, je lui trouvai l'épaisseur et la compacité ordinaire, mais il était entouré de l'étui dont je viens de parler, qui adhérait à l'os le long de la ligne âpre, et en était séparé dans les autres

points par une distance d'environ trois lignes. En sondant la profondeur de cette espèce de gaîne, je reconnus qu'elle remontait jusque vers la partie supérieure du fémur, et comme elle était tapissée par une membrane rougeâtre, molle, où l'on distinguait encore, en inclinant la cuisse, un liquide analogue à celui qui s'était écoulé au premier coup de couteau, je ne pouvais douter que ce liquide ne vint de la cavité de l'étui osso-fibreux. Bien que le fémur présentât une aussi singulière lésion dont les limites remontaient beaucoup plus haut que le point où je l'avais amputé, bien que cette altération me donnât beaucoup de doutes et de craintes sur la guérison et l'avenir du malade, je ne me crus point autorisé à amputer plus haut, et encore moins, à amputer la cuisse dans l'article. Amputer plus haut était contr'indiqué, puisque l'altération paraissait remonter jusque vers l'extrémité supérieure du fémur. Amputer dans l'article me paraissait une opération aussi absurde que cruelle, puisqu'ignorant la nature de la nouvelle affection que le hasard venait de me présenter, je n'avais pas de raisons pour la croire aussi grave et aussi dangereuse que l'amputation dans l'articulation iléo-fémorale, amputation presque constamment mortelle, et par conséquent d'une gravité désespérante.

En conséquence, je pansai le malade, et me préparai à lui donner tous les soins qu'il avait le droit d'attendre de moi.

A l'examen du membre retranché, je trouvai la membrane synoviale enflammée, remplie d'un liquide puriforme, rougeâtre; les cartilages peu altérés, résorbés, cependant, en quelques points; le tissu sous-cartilagineux, rouge, épaissi, et saillant dans les points correspondans. Les vaisseaux du fémur étaient très-nombreux et très-développés aux environs des surfaces articulaires; le tissu cellulaire environnant était rouge et engorgé.

Autour du fémur existait l'étui dont j'ai déjà parlé. Dé-

pouillé des muscles qui le recouvraient, sa surface se montrait un peu irrégulière et bosselée dans certains points. Sa surface intérieure tenait au corps de l'os par quelques prolongemens, et adhérait en arrière le long de la ligne âpre. Elle était tapissée par une membrane molle, rouge, vasculeuse et comme tomenteuse, qui, parvenue à la ligne âpre et aux prolongemens intérieurs dont j'ai parlé, se réfléchissait sur le fémur qu'elle revêtait à son tour. Cet étui se confondait aussi avec le fémur vers ses condyles.

Il était évidemment formé de tissu fibreux ossifié par plaques plus ou moins larges et assez rapprochées pour donner aux parois de l'étui une certaine solidité, et leur solidité était suffisante pour s'opposer à leur affaissement après l'évacuation du liquide.

Les vaisseaux d'ailleurs n'y avaient qu'un développement médiocre, et le tissu osso-fibreux était d'un blanc jaunâtre médiocrement injecté. Désirant examiner la surface de l'os actuellement recouverte de la membrane rouge et molle qui tapissait l'étui, désirant aussi conserver cette pièce si curieuse, obligé de quitter Paris, comme je l'ai dit plus haut, je chargeai mon frère de la conserver dans un linge, pour en ramollir d'abord, par la putréfaction, la membrane intérieure, et en achever la destruction par la macération. Il était convenu qu'il surveillerait chaque jour les effets de la macération, et qu'il ferait sécher la pièce aussitôt la membrane intérieure détruite, afin de ne pas exposer l'étui osseux à se détruire à son tour par une macération trop prolongée; mais, dix jours après mon départ, mon frère fut obligé de venir lui-même à mon secours, et la pièce confiée à un de mes élèves, fut mal soignée et altérée entièrement par la macération. Et quand, au bout de quatre mois, je revins à Paris, on ne put même pas me remontrer le fémur qu'on n'avait pas cru devoir conserver après la destruction de son étui osso-fibreux.

Je n'ai pas besoin de dire tous les regrets que me causa

la perte d'une pièce d'anatomie pathologique aussi extraordinaire et aussi intéressante.

Quelle était la nature de cette affection singulière? Comment s'était-elle développée? Voilà deux questions qui se présenteront sans doute, à l'esprit du lecteur.

Cette affection est, à mes yeux, un *kyste sous-périostique*, et c'est aussi sous ce nom que je la désigne. C'est un kyste, car c'est une poche membraneuse remplie d'un fluide. C'est un kyste sous-périostique, car il était déployé sous le périoste du fémur et sur le corps du fémur même, qu'il recouvrait de toutes parts, excepté sur la ligne âpre.

On conçoit très-bien d'ailleurs que le périoste se soit laissé décoller tout autour du fémur, excepté le long de la ligne âpre, où il adhère très-fortement à l'os avec les muscles qui s'y attachent. On conçoit très-bien aussi, que l'enveloppe fibreuse du kyste se soit *ossifiée* par plaques plus ou moins larges et rapprochées. On conçoit très-bien encore qu'un abcès se soit ouvert au bout du moignon, quoiqu'il s'en soit ouvert d'autres à la base de la cuisse, car probablement le kyste a suppuré. Enfin on conçoit très-bien qu'après avoir suppuré pendant un certain temps, les parois d'abord écartées se soient peu-à-peu rapprochées et se soient réunies, soit par le développement de fluides coagulables et de bourgeons charnus, soit par la contraction lente et l'affaissement mécanique des parois du kyste, soit par l'un et l'autre mécanismes à-la-fois.

Quant au développement de la maladie, je le regarde comme une suite de l'ostéite articulaire qui survint après la première chute de Jacquet sur le genou gauche. Cette ostéite s'étendit au corps du fémur, parce qu'un point d'irritation dans un os se propage souvent aux points de cet os les plus éloignés, et parfois à l'os entier, ainsi que j'en donnerai des preuves multipliées. L'ostéite propagée au fémur excita une inflammation chronique du

périoste qui sécréta sur la surface de l'os un liquide assez abondant. Le périoste fut alors décollé, et alors, ou un peu plus tard, s'organisa aux dépens du fluide sous-périostique, la membrane intérieure du tissu osso-fibreux qui devint la membrane propre du kyste. Probablement ce kyste fut d'abord peu étendu; mais, soit par l'inflammation chronique qu'entretenait dans le fémur et le périoste l'ostéite articulaire, soit par l'exercice fatigant auquel s'abandonnait le malade, soit peut-être par la seule tendance de ces affections à s'accroître sans cesse, le kyste prit avec le temps tout le développement qu'il avait au moment de l'opération. Vous voyez donc que ce kyste sous-périostique a dû se développer comme les maladies du même genre dans les parties molles.

Cette maladie n'a point été reconnue sur le vivant, parce que je n'en connaissais pas et que je n'en connais pas encore d'autre exemple. Je ne l'ai même pas soupçonnée, parce que, le kyste étant revêtu de muscles épais, quoique amincis, étant revêtu d'une écorce ostéo-fibreuse que je ne distinguais point, étant rendu ferme et résistant par le fluide qui distendait ses parois, je n'aperçus dans la cuisse du malade aucun symptôme particulier et extraordinaire. L'amaigrissement que la cuisse avait éprouvé, et qui est si commun dans les tumeurs blanches du genou, ne pouvait pas d'ailleurs éveiller mon attention. Peut-être cependant que si cette affection était aussi commune qu'elle est rare, l'attention éveillée par la fréquence d'un cas semblable permettrait de la reconnaître ou du moins de la soupçonner.

Dans l'*ostéite avec hyperostose* il y a augmentation de volume et d'épaisseur totale ou partielle de cet os. On a aussi désigné ces deux états, et surtout le dernier, sous le nom d'exostose.

Dans l'hyperostose totale, l'os a pris un développement insolite et exagéré dans toute son étendue. Sa forme en est

souvent altérée, ainsi que sa structure. Sa surface est plus irrégulière et souvent criblée de trous et creusée de sillons vasculaires beaucoup plus développés et plus nombreux que dans l'état sain. Souvent on y observe des empreintes irrégulières et plus ou moins prononcées. Dans le Muséum Dupuytren sont exposés des crânes hyperostosés dans toute leur étendue; même à travers les vitres on distingue sur leur surface externe et interne des myriades de trous vasculaires.

Les sillons vasculaires de leur surface interne ont aussi un développement anormal évident. Je possède des os longs hyperostosés qui présentent également ces caractères; mais les trous et les sillons vasculaires y sont beaucoup plus développés que dans les crânes dont je viens de parler.

La structure de ces os est tantôt plus compacte, tantôt raréfiée, et elle présente tous les caractères que nous avons décrits en parlant de l'ostéite raréfiante et de l'ostéite condensante. On peut y observer encore la carie ou ostéite ulcérante. L'ostéite ulcérante peut y être compliquée aussi de la formation de tissus accidentels plus ou moins vasculaires, comme l'érectile, l'encéphaloïde, et tous les autres tissus accidentels imaginables. Cependant je dois dire, ici, que je ne regarde pas toutes les hyperostoses compactes comme des inflammations. Il peut, en effet, très-bien y avoir hypertrophie, c'est-à-dire, augmentation considérable de nutrition sans inflammation.

L'hyperostose partielle forme à la surface des os une saillie plus ou moins circonscrite. Tantôt en effet sa base, beaucoup plus étendue que son sommet, se confond insensiblement avec la surface de l'os malade; d'autrefois au contraire elle y tient par un pédicule plus étroit que le corps de la tumeur. J'ai enlevé l'an dernier une exostose de ce genre qui avait dégénéré en cancer. Elle ne tenait qu'à une portion de la surface interne du fémur le long de son bord articulaire, et cependant le corps de la tumeur égalait le volume de la tête d'un enfant.

De ces exostoses, les unes sont compactes et dures comme l'ivoire, et non vasculaires ; d'autres sont raréfiées par des ouvertures, des canalicules vasculaires, et contiennent beaucoup de vaisseaux ; d'autres enfin sont plus raréfiées encore, et présentent à l'intérieur de larges cellules, des cavités, des cavernes plus ou moins considérables que remplissent des tissus ou des substances morbides accidentelles, comme les matières encéphaloïde ou colloïde qui ont la plus grande tendance à dégénérer en cancer, c'est-à-dire, à s'enflammer, à se ramollir, à s'ulcérer, à suppurer, en s'accompagnant de douleurs lancinantes et de tous les symptômes qui caractérisent l'ensemble de lésions matérielles et de symptômes connus sous le nom de cancer. Aussi ces exostoses celluleuses ou laminées des auteurs sont-elles beaucoup plus graves que les autres ; aussi voit-on souvent le cancer se rencontrer ailleurs chez les personnes que l'on a débarrassées de ces exostoses ; aussi sont-ce plutôt des cancers, des tumeurs cancéreuses que des exostoses.

Ces faits n'ont d'ailleurs rien d'étonnant. N'est-il pas évident que les os étant beaucoup plus vasculaires qu'on ne l'a cru jusqu'à présent, leur inflammation étant beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a pensé, leurs vaisseaux doivent, comme ceux des parties molles, sécréter, former des tissus morbides nouveaux, et n'est-ce pas précisément ce qui arrive ? N'y voit-on pas, outre les formations indiquées plus haut, n'y voit-on pas, réunis ou séparés, du tissu fongueux, du tissu lardacé, du tissu squirrheux, de la mélanose, des tubercules, des tumeurs érectiles, des concrétions crétacées ou pierreuses, etc. ? Il ne faut pas en douter ; j'y ai vu tous ces tissus morbides, et d'autres les y ont également vus.

Quand l'ostéite se complique de ces formations nouvelles, le tissu osseux est d'abord résorbé, raréfié par le développement exagéré de ces vaisseaux. Ceux-ci sécrètent ca-

suite les matériaux constituans des formations morbides, et celles-ci résorbent à leur tour le tissu osseux, et leurs vaisseaux ou ceux de l'os continuent aussi à sécréter, mais irrégulièrement, du tissu osseux. Celui-ci forme des plaques, des lames, et quelquefois des noyaux pierreux ou crétacés qui se trouvent mêlés dans la masse simple ou complexe des tissus accidentels.

L'os, distendu bientôt, se laisse encore résorber à la circonférence. Ses parois s'amincissent, et même, dans certains cas, se perforent. Mais comme le périoste est en même temps irrité, il secrète de nouvelle matière osseuse qui s'étend autour de la tumeur, en plaques irrégulières dans leur largeur, leur épaisseur, leurs formes et leurs connexions.

Il en résulte alors dans les os longs, si la dilatation est partielle et bornée à un point de la circonférence, une exostose celluleuse, stalactiforme des auteurs. Mais si elle comprend toute la circonférence d'une partie de la longueur d'un os long, c'est l'ostéo-sarcôme des auteurs.

En réalité c'est la même maladie, si les formations nouvelles sont de même nature. Mais si ces formations s'enflamment, suppurent en présentant des douleurs lancinantes et les autres caractères des cancers, la maladie est un cancer des os et pas autre chose. Si les formations nouvelles étaient constituées par du tissu érectile, ce serait une tumeur érectile des os, fongueuse, le *fungus hematodes* des auteurs français. Je dois ajouter que lorsque ces affections développées dans l'épaisseur du tissu compacte ont acquis un certain volume, le tissu médullaire altéré, dégénéré, est compris dans leur masse ou résorbé. Mais je n'ai pas besoin de répéter que les portions osseuses de ces tumeurs sont tantôt compactes et quelquefois criblées de trous et de canalicules très-fins ; tantôt, au contraire, sont raréfiées et très-vasculaires.

Dans l'ostéite compliquée de *spina-ventosa* ou plutôt dans le *spina-ventosa* qui est compliqué d'ostéite, ainsi

que dans les dégénérations tuberculeuses, érectiles ou autres du tissu médullaire, l'os est plus ou moins gonflé, raréfié et vasculaire comme dans l'ostéite ordinaire ou même comme dans l'ostéo-sarcôme, parce qu'il s'est secondairement enflammé, de même que nous avons vu le tissu médullaire et le périoste s'enflammer et s'altérer quand l'os l'est primitivement. Cette propagation de l'inflammation tient à la loi que j'ai déjà signalée, savoir: que lorsqu'une des parties qui composent les os vient à s'enflammer, les autres ne tardent pas à y participer.

L'ostéite simple, ou l'ostéite avec carie se complique parfois de nécrose, mais elle est plus souvent elle-même la complication ou la suite de la nécrose. Quand elle est compliquée de nécrose, un ou plusieurs séquestres, en général peu considérables, existent au milieu du tissu osseux enflammé. Ces séquestres sont compactes, parce qu'ils se forment surtout aux dépens du tissu *compacte*. Ils sont durs, fermes, résistants et non friables. On en reconnaît la nature, même en les touchant seulement avec un stylet. Ils résonnent comme un os dur, si on le percute avec l'extrémité de cet instrument, tandis qu'une esquille carrée, friable, ne résonne point ainsi et ne résonne guère que comme un tissu mou. Un séquestre n'est ni criblé d'ouvertures vasculaires, ni raréfié par le développement de ses canalicules. Ses surfaces sont irrégulières, à-peu-près comme la surface des pierres d'un monument que les eaux du ciel ont dépolies à la longue. Si le séquestre comprend une portion de tissu canaliculaire et de tissu compacte, le tissu canaliculaire conserve ses caractères ordinaires; ses canalicules ne sont ni plus dilatés, ni plus friables.

Partout autour de ces séquestres, l'os enflammé présente les caractères indiqués ci-dessus.

Quand l'ostéite n'est qu'une complication de la nécrose, comme il arrive dans la maladie désignée sous ce nom, l'ostéite n'est autre chose qu'une inflammation ulcérante,

et suppurante développée par le séquestre qui agit alors comme corps étranger. Elle se développe autour du séquestre, comme une inflammation ulcérante et suppurante se développe dans les parties molles autour d'une escarrhe.

Si l'escarrhe est, ici, la cause de cette inflammation circonférentielle, il en est de même de la nécrose; elle est la cause de l'inflammation ulcérante qui la sépare des parties vivantes circonvoisines. Il y a donc cette grande différence entre la mort des esquilles de la carie et des séquestres de la nécrose, que, dans la carie, c'est l'inflammation ulcérante et circonférentielle qui est la cause de leur mort, tandis que dans la nécrose, elle en est l'effet, car c'est la mort d'une portion d'os qui est la cause de l'inflammation circonférentielle et ulcérante.

En résumé, tandis que les esquilles nécrosées de la carie sont enflammées, vasculaires, raréfiées et fragiles, les séquestres de la nécrose proprement dite ne sont ni enflammés, ni vasculaires, mais compactes, durs, fermes, sonores, non enflammés et non vasculaires; et tandis que les esquilles de la carie sont frappées de mort par une inflammation circonférentielle, cette inflammation dans la nécrose est au contraire l'effet de la mort des portions nécrosées.

Le lecteur a dû remarquer que dans l'ostéite, dans l'ostéite raréfiante, dans l'ostéite condensante, dans l'ostéite ulcérante, dans l'ostéite périostique ou la périostite, dans l'ostéite articulaire ou sous-diarthrite, dans l'ostéite compliquée d'hyperostose, de formations morbides variées; que dans le spina-ventosa et la nécrose, le tissu osseux, le périoste et souvent le tissu médullaire sont enflammés. Je dois ajouter que la plupart des différentes formes de l'ostéite peuvent exister ensemble dans le même os; que lors même que ces affections n'occupent qu'un point, qu'une partie de l'étendue d'un grand os, on en trouve presque toujours des traces plus ou moins prononcées

dans d'autres points, ou que du moins on y trouve presque toujours des traces d'une vascularité plus grande. Ces traces consistent dans des trous et des sillons vasculaires plus grands et plus nombreux dans différens points de la surface de l'os, et souvent dans les points les plus éloignés.

Il me reste maintenant à démontrer que les mêmes altérations s'observent dans les os qui ont été le siége d'une contusion, d'une plaie, d'une fracture, et même dans ceux dont les luxations n'ont pas été réduites, et dans le tibia quand un ulcère a vécu pendant un certain temps à sa surface.

Les *plaies des os* sont des solutions de continuité qui ont été faites par un instrument tranchant ou piquant. L'usage réserve au contraire le nom de fractures aux solutions de continuité de ces organes qui ont été faites par une action ou un instrument contondant ou par l'action musculaire.

Par conséquent une solution de continuité des os du crâne par un coup de sabre, la section d'un os long dans une amputation, sont également des plaies des os.

Dans les plaies des os du crâne, pour peu qu'elles soient étendues, si le malade vient à mourir au bout de trois semaines ou un mois, l'os malade et même les os voisins ont leur périoste plus injecté; et quand on les en dépouille en l'arrachant, les vaisseaux qu'il fournit au crâne, étant plus dilatés, plus injectés, laissent sa surface couverte de gouttelettes sanguines beaucoup plus grosses et plus nombreuses que dans l'état sain. Si l'on essuye ces gouttelettes de sang, on reconnait qu'elles correspondaient à des canaux vasculaires nombreux et dilatés qui pénètrent dans les os. Pareilles choses s'observent dans les plaies du crâne un peu considérables et à lambeau, soit que les os aient été fortement contus ou qu'ils ne l'aient été que très peu. Je possède plusieurs pièces qui ne laissent aucun doute à cet égard, et on en trouve aussi des exemples dans

les plaies du crâne que l'on voit au Musée Dupuytren.

Souvent l'inflammation ne se borne pas à dilater les trous vasculaires de la surface des os du crâne, elle s'étend aux vaisseaux intérieurs du diploé et à son tissu médullaire, quoique, dans le cas de plaie du crâne non compliquée de division des os, l'inflammation ait d'abord exclusivement son siége à l'extérieur.

Il n'est pas permis de penser que ce qui arrive dans les cas de plaies du crâne, n'arrive pas dans les cas où des plaies semblables s'observent sur les autres os. C'est au reste ce que prouvent les plaies des amputations de nos membres.

Dans beaucoup trop d'amputations, dans toutes, peut-être, les os s'enflamment, mais cette inflammation n'entraîne pas toujours la perte des opérés.

On a beaucoup insisté dans ces derniers temps sur la phlébite des os, à la suite des amputations, parce qu'on a cru, bien mal-à-propos, y trouver l'origine ou la cause des abcès métastatiques. Mais je suis obligé de dire qu'aveuglé par l'esprit de système, toujours étroit dans ses recherches, on n'a vu là qu'une petite partie du travail inflammatoire qui se manifeste dans les os à la suite des amputations.

En effet dans ces circonstances, l'os, le périoste et la moelle participent au travail inflammatoire de la plaie par leur extrémité et par une partie plus ou moins considérable de leur étendue, quelquefois même par toute leur étendue. Lorsque les malades succombent au bout de 15 jours, trois semaines ou un mois, on trouve encore le périoste injecté et même, par fois, plus injecté que dans les plaies du crâne. Quand on en dépouille l'os amputé, les vaisseaux dilatés injectés étant rompus, donnent du sang et l'os est tout ensanglanté de stries et de taches rouges. L'os épongé montre sa surface criblée de trous et creusée de sillons vasculaires nombreux et beaucoup plus développés que dans l'état sain.

Je possède plusieurs pièces qui démontrent évidemment ces altérations. Elles sont également visibles et quelquefois très-visibles, même à travers les vitres des armoires, sur plusieurs os renfermés dans le Musée d'anatomie pathologique de la Faculté. Mais j'ai vu des inflammations plus graves à la suite de ces plaies d'amputation; je conserve un fémur enflammé, qui est couvert de concrétions osseuses criblées de trous vasculaires et comme poreuses, qui est rugueux à sa surface et en outre criblé et sillonné de toutes parts. Ces altérations sont le résultat de sécrétions périostiques ossifiantes, et de résorption opérée par le perioste enflammé et peut-être par le tissu cellulaire développé sous le périoste. J'ai perdu l'an dernier, à la suite de l'amputation du bras, un enfant qui offrait des altérations plus graves encore et chez qui, pendant la vie, j'ai plusieurs fois retranché, à l'extrémité de l'os, un champignon inflammatoire et œdémateux formé au bout du canal médullaire, soit par la moelle gonflée, soit plutôt par des fluides organisables. Je possède aussi le bout d'un fémur que j'ai été obligé de réséquer au bout de trois semaines, parce que les parties molles ne se réunissant pas et se retractant sans cesse, l'os était devenu saillant. Ce fragment est creusé de sillons vasculaires à sa surface, et les parois, auparavant compactes, de son canal sont creusées de canalicules vasculaires dont quelques-uns donnent passage aux plus grosses épingles à friser. La rétraction des chairs continuant encore après la résection d'un pouce d'os, la réunion ne s'est point faite, et le malade est mort avec une inflammation du fémur qui était, ici, la cause médiate de la rétraction des chairs.

Le tissu médullaire, ordinairement jaunâtre, est rouge à la surface de la plaie et parfois ecchymosé ou infiltré de plus d'une manière uniforme; quelquefois au contraire il est parsemé de petits foyers purulens, arrondis, ou alongés en stries dans le tissu canaliculaire.

C'est à des inflammations de ce genre qu'on a donné le nom de phlébite des os, parce qu'on avait grand besoin de ces phlébites pour étayer une théorie des abcès métastatiques qui croule de toutes parts. Mais on n'a jamais évidemment démontré que ces phlegmasies suppurantes eussent leur siége dans les veines des os; car, à l'exception du tronc et des principales divisions des vaisseaux nourriciers du canal médullaire, on en distingue à peine quelques ramifications, tant leur finesse est excessive et dépasse la finesse des cheveux les plus fins. Or, quel est l'anatomiste qui a vu l'inflammation et la suppuration dans des vaisseaux semblables qui ont d'ailleurs, comme tous les vaisseaux des os, des parois d'une minceur extrême?

Ainsi, je ne doute pas que la phlébite des os longs, à la suite des amputations des membres, n'ait été inventée et pour expliquer, faute de phlébite hors des os, les abcès métastatiques, et pour se mettre à la mode et observer des phlébites comme tout le monde en observe. Je ne veux pas dire qu'il n'y en a pas et qu'il ne peut pas y en avoir: ce serait une absurdité.

Il est probable, pour ne pas dire certain, que la moelle et ses vaisseaux s'enflamment ensemble; mais pourquoi alors assimiler ces inflammations complexes aux phlébites isolées; pourquoi parler de phlébites qu'on ne peut voir ni démontrer, quand il n'y a d'évident que l'inflammation du tissu médullaire?

Tout le monde sait qu'il se développe *dans les fractures* les plus simples une inflammation du périoste de la moelle et de l'os au niveau de la solution de continuité; mais ce qu'on me paraît ignorer, c'est que l'os présente dans plusieurs points et souvent dans la plupart des points de son étendue, après sa consolidation et long-temps après la mort des sujets, quand ils ont succombé, des traces de phlegmasie ou du moins de congestion sanguine. On y voit des trous et des sillons vasculaires beaucoup plus prononcés

que dans les os sains, et souvent en même temps, à l'endroit des insertions musculaires, raboteuses dans l'état sain, des concrétions irrégulières par fois fort prononcées. Je possède, entre autres, un tibia qui porte une fracture vers son extrémité inférieure; eh bien! son extrémité supérieure présente un excès sensible de gros trous vasculaires, des concrétions osseuses très-prononcées aux attaches communes du soléaire et du poplité, et aux attaches internes du premier. Le même os est criblé de trous vasculaires à son extrémité inférieure, à deux pouces au-dessous de la fracture, et là encore il présente de nombreuses concrétions également criblées d'ouvertures arrondies. On trouve des exemples analogues dans les os fracturés du Musée d'anatomie pathologique de la Faculté.

De pareils faits ne laissent aucun doute: pour que de pareilles concrétions aient été produites, il a bien fallu que le périoste et le tissu fibreux des attaches musculaires devinssent le théâtre d'une inflammation assez vive et les organes d'une sécrétion ossifiante assez considérable.

Quant aux os, ils sont criblés de trous vasculaires beaucoup plus gros et plus nombreux, au moins en apparence, que dans l'état sain; il est bien évident qu'ils ont participé au travail inflammatoire. Ces altérations, si sensibles dans les fractures simples, le sont bien davantage dans les fractures compliquées et surtout dans la plupart de celles qui sont la suite d'un coup de feu; aussi je m'arrêterai un instant à ces dernières.

Ces fractures se compliquent, trop souvent, d'une inflammation suppurante et quelquefois ulcérante de l'os, tandis que l'inflammation des autres fractures est adhésive ou ossifiante, si je puis me servir de cette expression. Aussi les premières sont-elles longues à se consolider, et quelquefois ne se consolident pas. Quand cependant elles le font après une suppuration plus ou moins longue, il arrive, trop souvent, que l'os, la moelle et le périoste restent

affectés d'une inflammation chronique, que j'appellerai exacerbante. Je l'appelle ainsi, parce qu'elle est sujette à des exacerbations qui ramènent de la suppuration, à des distances plus ou moins éloignées, de plusieurs mois ou même de plusieurs années. Ces exacerbations paraissent tenir, tantôt au froid humide de l'hiver, tantôt à des chocs douloureux, tantôt à une ou plusieurs esquilles frappées de mort, au sein de l'os enflammé; d'autres fois on n'en apperçoit pas la cause et elles paraissent spontanées.

Dans beaucoup de cas ces exacerbations sont passagères, le pus se tarit, et le malade revient à son état antérieur. Mais dans d'autres il n'en est pas ainsi : le cal se détruit, les fragmens de l'os redeviennent mobiles, et si la suppuration devient abondante, la vie du malade peut en être menacée.

Si alors on se détermine à l'amputation, que trouve-t-on? Les fragmens de l'os disjoints et baignés de pus, le périoste et la moelle enflammés d'une inflammation chronique; et l'os, dépouillé de ses parties molles, se montre criblé de trous plus ou moins larges, creusé de sillons plus ou moins profonds, couverts dans certains points de concrétions osseuses irrégulières, et enfin érodés par la carie dans plusieurs endroits. Je possède un os de cette espèce que j'ai été obligé d'amputer pour la maladie dont je viens de parler. Et comme la fracture n'existait qu'un peu au-dessus du coude, le cubitus s'est ankylosé avec l'humérus, et par suite de la résorption des cartilages diarthrodiaux par le tissu cellulaire sous-cartilagineux, auquel l'inflammation s'est propagée, et par suite de l'adhérence et de l'ossification consécutive du tissu sous-cartilagineux des deux os opposés. C'est en effet par ce mécanisme que s'opère l'ankylose vraie.

On observe encore des faits analogues *dans les luxations* non réduites et dans presque toutes *les maladies articu-*

laires. Ma collection et le Musée Dupuytren en offrent des exemples manifestes.

Enfin, lorsqu'un *ulcère* a longtemps existé près de la surface d'un os, du tibia par exemple, l'os participe encore à l'inflammation, et les sillons et les ouvertures vasculaires de la surface, son épaississement dans quelques cas en fournissent des preuves éclatantes et irrécusables.

En résumé, l'inflammation des os et leurs maladies organiques ne sont restées si obscures et si peu connues jusqu'à ce jour, que parce qu'on ignorait la véritable structure de ces organes. Leur inflammation est beaucoup plus commune qu'on ne le pense; tantôt elle raréfie leur tissu en augmentant et aggrandissant leurs ouvertures et leurs canaux vasculaires, dont elle amincit les parois par la résorption; tantôt elle en augmente la compacité par une sécrétion exagérée de substance compacte; tantôt en les raréfiant ou les condensant, elle les ulcère ou les carie, et les esquilles nécrosées de leur carie sont elles-mêmes raréfiées, fragiles et vasculaires. L'inflammation se propageant avec rapidité d'une des parties de l'un des tissus de l'os aux autres parties du même os, l'ostéite se complique souvent de l'inflammation du périoste, qui fréquemment alors sécrète sur l'os des concrétions osseuses variées; elle se complique de l'inflammation de la moelle et de celle du tissu cellulaire qui unit les cartilages diarthrodiaux à l'os; et réciproquement le tissu osseux participe rapidement à chacune de ces inflammations quand elles se sont développées les premières.

L'ostéite se complique parfois d'hypérostose générale ou partielle, connue particulierement sous le nom d'exostose; de formations morbides accidentelles : pus, matière fongueuse, lardacée, colloïde, tubercules, tissu érectile, kystes, etc., dont quelques-unes, l'encéphaloïde, la lardacée par exemple, peuvent s'enflammer, se ramollir, suppurer et dégénérer en cancer.

L'ostéite complique, à son tour, le spina-ventosa, la nécrose, et en outre les contusions, les plaies des os, les fractures, les luxations non réduites, les maladies articulaires, à une distance plus ou moins éloignée du point primitivement malade, enfin les ulcères qui s'étendent jusque près de la surface des os, laissant généralement et peut-être toujours, dans ces organes, des empreintes ineffaçables, visibles au bout d'un siècle comme un jour après la mort des sujets, s'ils succombent pendant leur maladie ou même quelques années après leur guérison.

Recherches analytiques sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée; par le docteur MARC D'ESPINE, *de Genève, ancien interne des hôpitaux de Paris, et membre fondateur de la Société médicale d'Observation.*

Je ne me propose pas de faire une monographie de la leucorrhée; il faudrait pour cela des faits plus complets et plus variés que ceux qui m'ont fourni les résultats qui vont suivre.

Les observations que j'ai recueillies pendant une année d'internat à l'hôpital du Midi, et desquelles j'ai déjà tiré en partie mon *Mémoire sur la puberté* (1), renferment des détails sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée, et en particulier sur la nature des divers produits sécrétés par le vagin et l'utérus. Ces détails étaient susceptibles d'analyse, et c'est à l'exposition des résultats fournis par cette analyse et aux réflexions qu'ils m'ont suggérées, que se réduit le travail que je soumets ici au public médical.

Sans doute que j'avais à ma portée un moyen facile de

(1) *Archives de Médecine*, cahiers de septembre et octobre 1835.

combler bien des lacunes, de répondre à une foule de questions sur lesquelles je garde le silence; j'aurais pu faire ce qu'on appelle de l'érudition, donner une série d'opinions d'auteurs sans m'inquiéter de leur validité, et choisir parmi elles celles qui m'auraient servi le plus. Ce moyen, qui est fort de mise dans notre science médicale, l'a tellement encombrée, qu'il est devenu aussi difficile de compter ses richesses en ce genre, qu'il est facile de constater sa pauvreté en fait de règles un peu certaines, de principes un peu sévèrement établis.

Nous verrons dans ces recherches, en premier lieu, quelle valeur certaines circonstances générales, telles que la constitution, le climat, etc., ont eue, d'après les faits que j'ai recueillis, dans la production de la leucorrhée et de ses diverses formes en particulier.

Nous étudierons, en second lieu, les qualités physiques des produits de sécrétion qui constituent le caractère de la leucorrhée, d'après les explorations que j'ai eu occasion de faire avec le spéculum. Nous chercherons comment la nature de ces produits varie selon leur siége, selon l'état de la muqueuse qui les sécrète; et avant d'entrer en matière, nous nous demanderons ce qu'on entend par flueurs blanches ou leucorrhée.

Qu'entend-on par flueurs blanches ou leucorrhée? Quoique ces deux mots désignent, d'après leur sens étymologique, toute espèce d'écoulement non sanguin qui sort par la vulve, tel n'est point le sens pratique qu'on s'accorde à leur donner. On est convenu de ne comprendre sous ces deux dénominations que les écoulemens blancs, chroniques, quelquefois habituels, auxquels sont sujettes les femmes saines et exemptes de toute autre affection de l'appareil génito-urinaire.

Cette définition ne me paraît pas encore assez précise, et pour entrer complètement dans l'idée des auteurs qui se sont occupés de ce sujet, il faut encore accorder qu'il

n'y a réellement leucorrhée que lorsque cet écoulement incommode suffisamment les femmes pour qu'elles s'en plaignent.

J'avoue que cette manière d'entendre la leucorrhée est très-peu scientifique ; qu'il serait préférable de convenir, que dès qu'on peut constater dans le vagin l'existence d'un écoulement de longue durée et non syphilitique, il y a leucorrhée ; mais de cette manière on verrait des flueurs blanches là où souvent les auteurs n'en reconnaissent pas, et il en résulterait une confusion dans les faits, dans les règles qu'on en déduirait, dès qu'on les opposerait à ce qu'ont dit les auteurs.

Pour me faire comprendre, je dois entrer dans quelques détails.

De quelle manière devrait-on s'y prendre pour décrire exactement l'état d'une femme leucorrhéique ? Ne faudrait-il pas, après avoir fait l'histoire complète des antécédens, examiner le vagin et le col au moyen du spéculum, et cela à plusieurs reprises ; décrire les liquides qu'on rencontre, soit vers l'orifice vulvaire, soit vers le col utérin ; s'enquérir de la quantité de liquide qui s'épanche au-dehors ?

Or, c'est ce qu'on ne fait presque jamais ; et si la science possède quelques observations qui atteignent ce degré de précision, il est du moins certain qu'aucun des nombreux travaux faits sur les flueurs blanches n'a été le résultat d'un corps d'observations relevées d'après cette méthode. C'est au contraire aux renseignemens fournis par les malades qu'on s'est fié entièrement. Blatin, un des auteurs qui ont abordé ce sujet avec le meilleur esprit, s'est servi des principales observations recueillies par les auteurs les plus estimés ; et dans toutes ces observations relatées par Storck, Stahl, Morgagni, Raulin, Hoffmann, Lorry, Bartholin, etc., on trouve perpétuellement ; madame X., d'un tempérament...., âgée de...., avait des flueurs blanches

continuelles, ou était sujette à des flueurs blanches. Je ne veux point considérer comme inexacts de pareils renseignemens, et je crois même qu'on peut interroger une femme avec assez de soin pour en obtenir des renseignemens intéressans sur les symptômes qu'elle éprouve vers les voies génito-urinaires ; mais je veux aussi qu'on convienne que des faits recueillis de la sorte doivent avoir une toute autre physionomie que ceux fournis par l'exploration directe ; que des règles déduites de faits de ce genre ne peuvent être identiques à celles obtenues par des faits résultant de l'inspection directe.

Cette différence est si réelle, que je n'ai eu qu'à comparer le résultat de mes interrogatoires avec celui fourni par mes explorations au spéculum pour la constater de la manière évidente.

13 femmes qui m'avaient affirmé n'avoir eu de flueurs blanches à aucune époque de leur vie, ont été examinées par moi une ou plusieurs fois au spéculum. Je n'ai trouvé que chez deux d'entr'elles absence complète d'écoulement utérin ; chez presque toutes les autres, cet écoulement existait, peu considérable, il est vrai. Chez une je l'ai même trouvé abondant, une des trois fois que je l'ai examinée.

Je ne parlerai pas ici de la nombreuse classe de femmes qui m'ont déclaré avoir des flueurs blanches intermittentes, régnant chez les unes un peu avant les époques, chez d'autres un peu après; mais je prendrai, pour achever mon exemple, celles qui m'ont assuré avoir des flueurs blanches continues.

Sur quinze femmes de cette dernière catégorie qui ont été examinées une ou plusieurs fois au spéculum, une seule n'a présenté aucune trace d'écoulement utérin ; les autres avaient des écoulemens peu ou médiocrement abondans, et chez une seule, que j'ai examinée trois fois, l'écoulement utérin s'est trouvé toujours très-abondant.

Il existe, comme on voit, des différences notables entre ces deux ordres de résultats, et cependant j'ose assurer avoir mis du soin à recueillir mes faits. Comment donc expliquer ces différences ?

D'abord, il ne suffit pas qu'il y ait un peu de sécrétion utérine chez une femme pour qu'elle accuse des flueurs blanches ; il faut que cette sécrétion soit assez considérable pour qu'elle se fasse issue au-dehors. Ensuite ne peut-il pas arriver que, de deux femmes chez lesquelles cette sécrétion est également abondante, l'une ait le vagin placé dans des conditions de forme, de tissu, de disposition, d'absorption telle, que l'éruption des liquides au-dehors soit moins abondante que chez celle où ces conditions differreraient ? Enfin ne se pourrait-il pas aussi que la quantité de sécrétion, abondante dans un moment donné, soit presque nulle dans une autre, de telle sorte qu'à l'examen au spéculum on trouve le vagin presque sec chez une femme qui l'aurait quelques instans après rempli de sécrétion utérine ? Toutes ces conditions sont possibles, et chacune d'elles suffirait pour faire comprendre qu'une femme habituellement incommodée par une leucorrhée pourrait présenter, au moment de l'exploration spéculaire, un col de l'utérus et un vagin à-peu-près secs.

Il me paraît donc bien établi qu'une femme peut se dire affectée de leucorrhée habituelle, et offrir, au moins à certains momens, à peine une gouttelette d'écoulement au col de l'utérus. Il est également établi qu'une femme, qui prétend ne pas être sujette aux flueurs blanches, peut avoir un écoulement médiocre et même abondant.

Malgré la supériorité de la méthode d'exploration directe sur les simples renseignemens, on est obligé pour l'étude des causes de se borner à cette dernière, à cause de la difficulté qu'on aurait à se procurer un nombre suffisant de faits par le premier de ces moyens.

Pour avoir une observation complète de leucorrhée re-

levée d'après des explorations spéculaires, il faudrait pouvoir pratiquer ces explorations plusieurs jours de suite et plusieurs fois par jour sur un grand nombre de femmes. Or, peu de femmes seraient disposées à se prêter à de semblables investigations. Je ne croyais même pas à la possibilité d'employer le spéculum en grand, ailleurs que dans un service de femmes vénériennes, et cependant là aussi se présente une chance d'erreur, celle de confondre dans certains cas les écoulemens syphilitiques avec la leucorrhée. Ensuite si l'on parvient, comme c'était le cas dans les salles où j'observai, à obtenir de ces femmes de se soumettre régulièrement à cette opération, il est très-difficile de les obliger à subir long-temps de suite plusieurs explorations par jour, comme il serait nécessaire pour prendre une idée assez exacte de la quantité d'écoulement sécrété.

On comprendra, d'après tout ce que je viens de dire, pourquoi je me sers uniquement des renseignemens fournis par les femmes dans l'étude des conditions qui paraissent favoriser le développement de la leucorrhée.

Influence de certaines conditions générales sur la leucorrhée et sur ses formes diverses.

Climat. — Les femmes que j'ai observées à Paris sont comme il a été dit (*Mémoire sur la menstruation*, t. IX de ce journal), originaires du centre et du nord de la France. Sur 80 d'entre elles, 27 n'avaient jamais été sujettes aux flueurs blanches, et 27 l'avaient été plus ou moins long-temps.

Celles observées par M. le docteur Girard à Marseille, sont toutes du centre de la France et du midi; or, sur 25 d'entr'elles, 18 n'avaient jamais eu de flueurs blanches, et 7 y avaient été plus ou moins sujettes.

Ainsi le tiers des femmes du nord a été trouvé exempt de cette disposition, tandis que près des trois-quarts l'é-

taient dans le midi de la France; il semblerait donc que le climat a une influence notable sur la leucorrhée.

Parmi les 53 femmes de Paris sujettes aux flueurs blanches, 26 devinrent leucorrhéiques avant, 18 pendant, et 9 longtemps après l'époque de la menstruation. Or, le début hâtif de la leucorrhée pouvant être considéré comme un signe de constitutionalité de l'affection, il est remarquable de voir le petit nombre des cas qui ont débuté après l'âge de formation des femmes.

La leucorrhée peut être continue ou n'avoir lieu qu'à certaines époques, soit avant, soit après les règles. Sur 36 femmes, toujours de Paris, 14 avaient des flueurs blanches intermittentes, 22 en avaient de continues. Chez 15 de ces dernières le flux continu était rémittent à certaines époques, avant ou après les règles.

Ainsi la prédominance des femmes leucorrhéiques depuis l'enfance, et celle des cas continus sur les intermittentes, concourent à montrer que chez les femmes de Paris le vice constitutionnel de la leucorrhée se rencontre souvent.

Blatin a rassemblé 135 histoires de femmes leucorrhéiques, et a trouvé sur ce nombre que 15 l'étaient devenues avant la menstruation, 106 pendant la période limitée par la menstruation et l'âge critique, et 14 après cet âge critique.

Ce sont donc ces chiffres 15 et 106 que nous devons mettre en parallèle avec nos chiffres 26 et 27. La différence est grande sans doute, mais il y aurait lieu de s'étonner s'il n'y en avait pas. Tant de circonstances peuvent se trouver différentes : mes observations ont été recueillies à Paris, en général sur de jeunes femmes, car aucune n'avait encore atteint l'âge critique; celles de Blatin sont sans doute de pays fort divers et d'âges très-variés, quoiqu'il n'ait pas pris la précaution de mettre le lecteur au fait de ses sources.

Tempérament. — Comme je l'ai dit en parlant de la menstruation, le tempérament est fort difficile à caractériser, parce qu'on ne s'entend pas précisément sur les signes physiques qui en constituent les diverses espèces physiques. Blatin, qui a cherché à faire une statistique de la leucorrhée, non d'après les *opinions*, mais d'après les *observations* des auteurs, dit qu'on ne peut pas déterminer l'influence du tempérament d'après les observations que possède la science : 1.° parce que les auteurs n'ont pas donné avec précision les caractères des différens tempéramens ; 2.° parce qu'ils ont presque toujours fondé leurs divisions sur des idées hypothétiques ; 3.° parce qu'ils paraissent n'avoir pas assez senti l'utilité de cette détermination ; 4.° parce que presque tous les auteurs ont négligé de dire quel était le tempérament des malades dont ils rapportent les histoires.

On voit que ce n'est pas d'aujourd'hui que datent les justes observations adressées aux soi-disant riches matériaux dont s'énorgueillit la science.

Si Blatin, qui s'est donné la peine de faire le dénombrement de tous les faits observés avant lui, n'a pu assigner aux tempéramens leur degré d'influence dans la production des flueurs blanches, que dirons-nous de l'origine de certaines opinions que chacun répète avec l'air d'une certaine conviction : la leucorrhée est un état constitutionnel du tempérament lymphatique ? C'est présumable, cela paraît même probable, mais qui l'a prouvé ?

Les faits que j'ai recueillis, quoiqu'impropres à résoudre complètement le problême, permettent au moins de rechercher l'influence sur l'existence de la leucorrhée, de la coloration des cheveux et des yeux (1).

(1) Le climat paraissait exercer une grande influence sur la leucorrhée. Je n'ai pas voulu confondre les faits de Marseille avec ceux de Paris, dans la recherche de l'action du tempérament. Quand deux

Sur 25 femmes de Paris qui n'ont eu de flueurs blanches à aucune époque de leur vie, 12, c'est-à-dire près de la moitié, avaient les cheveux châtains et les yeux bleus; 4 avaient les cheveux et les yeux noirs ou bruns; 5 les cheveux châtains et les yeux gris; les 4 autres présentaient les combinaisons noir-bleu, noir-vert, châtain-vert.

22 femmes, aussi de Paris, sujettes à des flueurs blanches continues, avec ou sans rémittence, et divisées d'après le même système, se répartissent ainsi qu'il suit : 7, c'est-à-dire moins du tiers, se rapportent à la combinaison châtain-bleu, et même dans deux de ces cas les cheveux étaient plutôt blonds que châtains; 5 cas châtain foncé-brun; 5 autres noir-noir, brun-brun, ou noir-brun. Ces deux dernières classes, qui renferment dix cas, sont confondues en une seule, dans la première série, à cause du petit nombre; 3 cas cheveux-châtains, yeux gris; les deux autres appartenaient aux combinaisons roux-gris et châtain-vert.

Le rapprochement de ces deux séries mérite quelques réflexions; d'abord, nous voyons figurer des deux côtés en première ligne la forme châtain-bleu, qui est en effet la plus commune dans le nord de la France, et cette prédominance de la forme qui est peut-être la plus commune dans le pays où les observations ont été relatées, tend à prouver que, malgré le petit nombre de faits qui composent chaque

séries de faits présentent des résultats assez dissemblables à cause de la différence d'action d'une première cause qu'on a voulu apprécier, il faut étudier l'action d'une autre cause dans chaque série séparément, ou dans la plus grande seulement, de peur qu'en réunissant de nouveau tous les faits ensemble, la première cause étudiée n'introduise un élément d'erreur. Je pense qu'on ne peut se passer de cette précaution que lorsque les faits des deux séries sont très-nombreux et égaux en nombre, parce qu'alors l'influence étant égale des deux côtés, elle s'annulle d'elle-même.

série, les combinaisons qui s'y trouvent sont distribuées d'une manière assez naturelle, d'une manière qui représente assez bien les proportions de ces mêmes combinaisons dans la population.

Mais si la forme cheveux-châtains et yeux bleus reste en première ligne dans chaque série, son importance, c'est-à-dire son degré de fréquence, n'est pas la même dans chacune. Elle constitue la moitié des femmes de la première, et le tiers ou le quart de la seconde. Les formes châtain foncé-brun et noir-noir, que j'ai confondues ensemble dans la première série, à cause de leur peu d'importance, et séparées dans la seconde, sont chacune moins considérable que la forme châtain-bleu, mais leur importance relative est plus considérable dans la seconde série que dans la première, puisqu'elles y constituent chacune un cinquième des cas, et ensemble la moitié environ de ces mêmes cas.

Quant aux formes qu'on pourrait nommer bâtardes, le châtain-gris, châtain-vert, noir-gris, noir-vert, etc., elles sont moins fréquentes dans chaque série, et y ont une importance relative à-peu-près égale.

Il semblerait donc, d'après cette première manière d'analyser les faits, que dans le nord et le centre de la France les flueurs blanches ont plus de tendance à affecter les femmes à cheveux châtains ou noirs, et à yeux bruns ou noirs, que celles qui ayant les cheveux châtains ou blonds ont les yeux bleus.

Si, au lieu de comparer les femmes non sujettes aux flueurs blanches, à celles qui en ont de continues, on les compare à celles chez lesquelles cette disposition a débuté le plus tôt, c'est-à-dire, aux femmes qui sont devenues leucorrhéiques même avant la première menstruation, on obtient un résultat fort analogue.

26 femmes sujettes aux flueurs blanches depuis l'enfance, se répartissent de la manière suivante dans les combinai-

sons déjà indiquées : 7 cas châtain plus ou moins clair-bleu ; 8 cas châtain-bleu clair ou foncé ; 5 cas noir-brun ; 3 châtain-vert ; 2 châtain-gris , et 1 roux-gris.

Quoique le nombre des cas châtain-bleu soit toujours assez considérable , parce que cette combinaison est la plus fréquente dans notre pays , il est cependant aisé de remarquer que les combinaisons noir-brun et châtain-brun surtout , sont proportionnellement beaucoup plus considérables que dans la série des femmes qui n'ont pas de flueurs blanches , ce qui est d'accord avec notre premier résultat.

Degrés de force de constitution.—L'appréciation de cette cause s'est faite d'une manière approximative , et j'ai établi trois degrés dans lesquels j'ai réparti toutes les femmes soumises à mon observation. Constitution forte , médiocre et grêle.

Sur 19 femmes qui n'ont jamais été sujettes à la leucorrhée , 4 étaient d'une forte complexion , 7 étaient d'une complexion médiocre , 8 étaient grêles.

Sur 19 femmes sujettes au contraire à des flueurs blanches habituelles , 6 étaient robustes , 9 d'une constitution médiocre , et 4 grêles.

La simple comparaison de ces deux résultats semblerait conduire à regarder les femmes robustes comme plus particulièrement sujettes à la leucorrhée que les femmes grêles.

Si cette règle était vraie , nous devrions trouver, pour les femmes sujettes à des flueurs blanches intermittentes , un résultat moyen entre les précédens , et c'est aussi ce que nous donnent les faits. Sur 11 femmes sujettes seulement de temps à autre à un écoulement leucorrhéique , deux sont d'une constitution robuste , 3 sont médiocrement fortes , et 4 sont grêles.

Une autre manière s'offre encore de vérifier les premières données ; c'est de chercher comment se répartissent ces divers points de force de constitution chez les femmes

déjà sujettes aux flueurs blanches avant la puberté, puis chez celles qui n'y ont été sujettes que beaucoup plus tard.

Sur 20 femmes leucorrhéiques depuis l'enfance, 7 sont robustes, 7 médiocrement fortes, 6 grêles; tandis que sur 9 femmes devenues leucorrhéiques seulement long-temps après la menstruation, 2 sont robustes, 3 médiocrement fortes, et 4 grêles.

Ainsi, chez les femmes éminemment leucorrhéiques qui le sont depuis l'enfance, la constitution robuste prédominait, tandis que les constitutions grêles prédominent chez celles qui sont le moins leucorrhéiques; ce résultat est d'accord avec les précédens.

Renseignemens que fournit l'exploration au speculum, sur le siége et la nature des flueurs blanches.

Lorsqu'on examine au spéculum une femme adulte et saine, on trouve ordinairement le vagin tapissé d'une légère humidité, et l'on rencontre à l'orifice du col de l'utérus une gouttelette d'un liquide consistant, d'apparence albumineuse, tantôt transparent, tantôt demi-transparent ou opalin, tantôt strié de linéamens blancs ou jaunes qui simulent assez bien des membranes. Quelquefois on ne rencontre pas de suite cette gouttelette, et alors pour la faire paraître il faut presser le col avec les bords de l'extrémité du spéculum.

Quelquefois au lieu d'être glaireux et consistant, l'écoulement venant de l'utérus est tout-à-fait aqueux, et alors il est difficile d'en apprécier la quantité, parce qu'il s'écoule aussitôt au-dehors : on n'en reconnaît l'existence qu'à l'aspect très-humide de toute la surface de la muqueuse, ou à la présence d'une partie de ce liquide aqueux dans les anfractuosités; enfin à quelques gouttes d'eau sortant du col lorsqu'on les presse avec le spéculum, et se répandant aussitôt en nappe sur la face interne de l'instrument.

S'il est difficile d'apprécier l'abondance de la matière sécrétée sous cette dernière forme, il est au contraire facile d'estimer la quantité du produit glaireux quand elle ne dépasse pas certaines limites. Ainsi, au lieu d'une goutte à l'orifice du col, on peut rencontrer une petite lame de matière albumineuse dont une extrémité remonte dans l'intérieur du col, tandis que l'autre est collée quelque part sur les parois du vagin. Cette lamelle peut être comme la goutte, ou parfaitement transparente : alors elle ressemble assez bien à du blanc-d'œuf cru ; ou opaline, ou d'un blanc jaune opaque, ou grisâtre ; ou enfin elle elle peut aussi être transparente et marbrée de filamens jaunes ou blancs.

Les mêmes produits, quand ils sont sécrétés en plus grande quantité, remplissent plus ou moins le vagin, en tapissent les parois de telle sorte qu'il est quelquefois impossible de distinguer ce qui tient à la sécrétion utérine de ce qui appartient à celle du vagin.

Quelquefois j'ai rencontré à l'orifice du col une goutte de matière jaune, comme purulente, et n'ayant point la viscosité qui fait ordinairement le caractère de la sécrétion utérine. Si cette matière est abondante, elle tapisse le vagin, et alors encore il devient difficile de la distinguer de la sécrétion vaginale.

Enfin j'ai rencontré aussi l'orifice du col complètement sec, sans qu'aucune trace de sécrétion utérine ne parût dans le vagin.

Je n'ai parlé jusqu'à présent que de la sécrétion utérine ; c'est en effet la plus importante à considérer dans la leucorrhée, puisqu'elle constitue en bonne partie ce qu'on appelle flueurs blanches. Mais le vagin a aussi ses produits de sécrétion, et quoique parmi ceux que je vais décrire il en soit qu'on doive attribuer à la phlegmasie blennorrhagique de la muqueuse (toutes les femmes que j'ai examinées ayant été infectées), cependant certains produits

m'ont paru à la-fois appartenir au vagin, et se distinguer de la sécrétion spécifique de la blennorrhagie.

J'ai trouvé quelquefois le vagin couvert d'une matière jaune opaque, en tout semblable à du pus, et lorsque cette matière coïncidait avec une rougeur vive uniforme ou striée en bandes parallèles, ou pointillée de la muqueuse, il était difficile de ne pas les rapporter à une inflammation blennorrhagique du vagin.

Mais d'autres fois la coloration de la muqueuse étant naturelle, la sensibilité normale, et l'utérus laissant suinter par le col sa sécrétion habituelle, je trouvai le vagin tapissé d'une substance analogue à du lait ou même à de la crême. Cette matière *crémeuse* ou *laiteuse* variait sous le rapport de la consistance; quelquefois elle paraissait aussi concrète que du fromage blanc, *matière caséeuse.* Ces produits se rencontrent-ils aussi chez les femmes non infectées, et concourent-ils à la formation des flueurs blanches? C'est ce qui me paraît probable, quoiqu'il soit fort difficile de l'établir.

Revenons maintenant sur ces divers produits utérins et vaginaux, et entrons, à leur occasion, dans les détails que comporte l'analyse des faits que j'ai observés.

A propos de l'écoulement utérin, nous parlerons de son abondance, de sa nature, et des circonstances qui font varier ces deux conditions.

Nous parlerons ensuite de l'écoulement vaginal et des modifications qu'il subit selon l'état où se trouve la muqueuse vaginale.

Écoulement utérin (1).—Sur 193 examens au spéculum où

---

(1) Les altérations du col, à de très-rares exceptions près, se rencontrent toujours au pourtour de l'orifice, et sur plusieurs centaines de spéculisations que j'ai eu occasion de faire, si j'excepte les cas où j'ai rencontré des végétations du col, je n'ai peut-être pas vu dix fois, autant qu'il m'en souvient, une altération quelque part sur le col, sans que le pourtour de l'orifice fût altéré en quelque façon.

il a été tenu compte de l'écoulement utérin, j'ai trouvé 23 fois l'orifice sec, sans traces d'écoulement, et le vagin dans ce cas n'offrait non plus aucun produit qu'on pût attribuer à la sécrétion utérine.

Quarante fois l'écoulement utérin ne s'est manifesté que par une simple goutte pendante à l'orifice du col. Dans les 130 autres cas, l'écoulement utérin était plus abondant.

Sur les 23 cas où je n'ai rien trouvé, 10 fois cet état coïncida avec un retard des règles, de deux, trois mois au plus.

Sur les 40 cas de la seconde catégorie, 11 fois les règles étaient en retard, et sur ces 11 cas, 1 fois il y avait certitude de grossesse.

Enfin sur les 130 cas de la 3e catégorie, 28 fois les règles furent en retard, et dans 10 de ces 28 cas, la grossesse était plus ou moins reconnue.

On voit donc que la sécrétion utérine n'est point nécessairement suspendue par l'état de grossesse, il semble même que cette sécrétion se rencontre presque toujours en pareil cas, quoique dans une assez forte proportion des cas où les règles ont éprouvé quelque retard, cette sécrétion ait été trouvée suspendue.

J'ai fait 8 explorations au spéculum chez deux jeunes filles impubères : 3 fois il n'y avait pas trace d'écoulement utérin, 3 fois une simple goutte paraissait à l'orifice, enfin 2 fois l'écoulement utérin est indiqué, mais la quantité n'est pas notée.

Voilà tout ce que j'ai pu tirer de mes observations, relativement à l'abondance de l'écoulement utérin ; parlons maintenant de son état, de sa nature et des circonstances qui peuvent influer sur cet état ; et auparavant donnons quelques développemens préliminaires qu'exige la nature du sujet.

Nous avons vu que l'écoulement utérin pouvait être ou aqueux ou plus ou moins visqueux ; que la première forme

état toujours identique à elle-même ; que la seconde, au contraire, présentait des nuances variées ; qu'ainsi cet écoulement visqueux pouvait être ou parfaitement transparent ou demi-transparent (opalin), ou strié, ou opaque, soit blanc, soit jaune. Sans doute la principale cause de ces différens états doit être cherchée dans la disposition qu'affecte la cavité même de l'utérus ; mais, quelle que soit l'importance de cette cause, elle échappe complètement aux recherches, puisqu'il n'existe pas de moyens d'investigation qui permettent de décrire la cavité utérine chez une femme vivante. S'il est, après la cavité de l'utérus, une cause qui influe sur ces formes diverses, c'est sûrement l'état du col, et en particulier celui de son orifice que les yeux peuvent atteindre à l'aide du spéculum.

L'orifice peut être, ou parfaitement sain, ou entouré d'un cercle rose, rouge, contrastant plus ou moins avec la couleur naturellement rose-pâle du reste de la muqueuse ; ou bien ce cercle est rouge-vif, saignant, ou la rougeur est grenue sans érosion ; ou enfin ce cercle est érodé, ulcéré avec un fond, soit lisse, soit grenu.

Parmi ces altérations, que j'ai toutes rencontrées assez souvent pour soumettre à une analyse les faits qui s'y rapportent, quelles sont celles qui sont naturelles, qui résultent d'une phlegmasie chronique, qui sont produites par des causes analogues à celles qui déterminent les flueurs blanches, et quelles sont celles qui tiennent à l'infection syphilitique ? Telle est une première question qu'on pourra d'abord nous poser. Elle est embarrassante, et quoique chez des femmes soignées dans un hôpital de vénériens, l'érosion du col paraisse être le résultat de l'infection syphilitique, il faudrait, pour oser l'affirmer, avoir examiné comparativement, et au spéculum, un nombre aussi considérable de femmes saines, pour s'assurer qu'elles ne sont pas sujettes à ces mêmes érosions du col. Or, c'est ce qui n'a pas été fait, et ce qu'il sera presqu'impossible de faire. Mais si l'on

admet que l'érosion est syphilitique, et que par conséquent, toute influence constatée de cette érosion sur l'apparence de l'écoulement utérin tient à un vice blennorrhagique ou syphilitique, et non à la leucorrhée proprement dite, que pensera-t-on des simples granulations, puis des rougeurs vives, puis des rougeurs ternes ? A mesure que les lésions seront moins tranchées, à mesure toute idée de syphilis s'éloignera de l'esprit. Où faudra-t-il s'arrêter ? C'est ce qu'il est fort difficile de dire ; et cette question reste toute entière à résoudre par des faits authentiques pour ceux qui voudront s'occuper de la matière.

Mais, quoi qu'il en soit de la nature de ces altérations, on peut encore trouver quelqu'intérêt à se demander si chacune d'elles exerce une influence sur la forme de l'écoulement utérin, et c'est sur ce point seulement que nous allons interroger les faits.

Sur 75 explorations spéculaires où l'orifice du col s'est trouvé parfaitement sain, l'écoulement utérin a présenté les formes suivantes :

Ecoulement aqueux.	7 fois.
Ecoulement albumineux transparent	28 fois.
Écoulement albumineux demi-transparent, strié de gris, de bleu ou de jaune.	13 fois.
Écoulement opaque, une fois jaune, 2 f. blanc.	3 fois.
Ecoulement albumineux sans autre indication..	2 fois.
Quelques gouttes de sang, 8 j. après les règles.	1 fois.
Pas d'écoulement apparent........................	11 fois.

Sur 52 explorations spéculaires où l'orifice du col était entouré d'un cercle rose-rouge plus fangé que le reste de la muqueuse, mais nullement vif ni saignant, et sans granulations ni érosions, l'écoulement utérin a présenté les formes suivantes :

Ecoulement aqueux................................	3 fois.

Ecoulement albumineux demi-transparent dont 2 striés de jaune et 2 de blanc................	14 fois.
Ecoulement opaque dont 2 blancs, 2 jaunes...	5 fois.
Ecoulement albumineux sans autre indication.	5 fois.
Pas d'écoulemens apparens........................	4 fois.

Sur 9 explorations spéculaires où l'orifice du col était entouré d'un cercle rose-rouge plus fangé que le reste de la muqueuse, mais nullement vif, ni saignant, et sans granulations ni érosions, l'écoulement utérin a présenté les formes suivantes :

Ecoulement aqueux.	0 fois.
Ecoulement albumineux transparent.	1 fois.
Ecoulement albumineux demi-transparent, strié de jaune	5 fois.
Ecoulement opaque	2 fois.
Albumineux et saignant	1 fois.
Pas d'écoulement apparent	0 fois.

Sur 27 explorations spéculaires où l'orifice du col était entouré d'une rougeur grenue, mais sans érosion, l'écoulement utérin offrait les formes suivantes :

Ecoulement aqueux.		1 fois.
Ecoulement albumineux transparent		5 fois.
Ecoulem. album. d.-transparent..	strié de blanc	3 fois.
	strié de jaune	6 fois.
	pas indiqué..	1 fois.
Ecoulement opaque	bleu. . . .	3 fois.
	jaune . . .	2 fois.
	pas indiqué	1 fois.
Ecoulement albumineux sans autre indication.		1 fois.
Cas incertain.		1 fois.
Pas d'écoulement.		3 fois.

Sur 30 explorations spéculaires où l'orifice du col était entouré d'une rougeur érodée, avec ou sans granulations, l'écoulement utérin offrait les formes suivantes :

Ecoulement aqueux.		1 fois.
Ecoulement albumineux transparent.		8 fois.
Ecoulem. album. d.-transparent..	strié de blanc	1 fois.
	strié de jaune	3 fois.
	pas indiqué..	3 fois.
Ecoulement opaque.	blanc. . .	1 fois.
	jaune . . .	4 fois.
	pas indiqué	2 fois.
Ecoulement albumineux sans autre indication		5 fois.
Pas d'écoulement.		2 fois.

On peut tirer de la comparaison de ces tableaux plusieurs résultats intéressans ; mais pour les rendre plus évidens, nous ferons un tableau résumé dans lequel nous considérerons les divers états du col, sous 3 formes principales.

	Orif. sain	Or. rouge.	Or. rouge, vif, saignant ou ulcéré.
Ecoulement opaque.. .	7. . . .	3. . . .	2
Ecoulem. alb. transp^t .	28. . . .	21. . . .	14
Ecoul. d.-transp^t ou strié	13. . . .	14. . . .	22
Ecoulement opaque.. .	3. . . .	5. . . .	15
Pas d'écoul. apparent..	11. . . .	4. . . .	5
Total	62	47	58

Même tableau réduit en fractions décimales.

	Orif. sain.	Or. rouge.	Or. rouge saign^t ou ulcéré.
Ecoul. aqueux. . .	0,113. . .	0,064..	0,034
Ecoul. alb. transp. .	0,452. . .	0,447..	0,241
Ec. d.-transp. ou str.	0,210. . .	0,298..	0,380
Ecoul. opaque. . .	0,048. . .	0,106..	0,259
Pas d'écoulement. .	0,177. . .	0,085..	0,086

Ce tableau rend évident l'influence de l'état de l'orifice sur celui de l'écoulement. L'écoulement aqueux et l'écoulement transparent albumineux se rencontrent dans la majorité des cas où l'orifice est sain, dans la moitié de ceux où il est entouré d'une simple rougeur, et seulement dans

le quart environ des cas où il y a une rougeur vive ou une ulcération à l'orifice du col. L'inverse a lieu pour les écoulemens demi-transparens, striés et opaques.

Cependant on voit que l'état de l'orifice du col n'est pas la seule cause qui influe sur la forme de l'écoulement, et que cet état n'exerce pas toujours la même influence; car les cas d'ulcération du col qui coïncident plus fréquemment que les autres avec l'écoulement opaque, n'en coïncident pas moins quelquefois avec un écoulement, soit aqueux, soit albumineux, soit transparent; et dans les cas où le col est parfaitement sain, on rencontre aussi quelquefois l'écoulement opaque et l'écoulement strié.

Il y a encore une remarque à faire; c'est que la proportion des cas où l'écoulement n'est pas apparent est beaucoup plus forte, plus de deux fois plus forte lorsque le col est sain, que lorsqu'il présente une altération, et que la gravité de l'altération n'influe pas sensiblement sur cette fréquence, puisque le rapport des cas où l'écoulement existe à ceux où il n'existe pas, est le même, que le col soit rouge ou qu'il soit ulcéré.

Il est donc probable que l'écoulement aqueux et l'écoulement albumineux transparent appartiennent en propre à la leucorrhée, tandis que les stries qui s'y mêlent quelquefois, et que la sécrétion purulente, ou blanche opaque, appartiennent plutôt à une phlegmasie, soit simple, soit syphilitique, ce qu'il importe peu de résoudre ici.

Il nous reste, pour remplir notre cadre, à étudier les altérations de la muqueuse vaginale qui se sont le plus souvent offertes à notre observation, à rechercher dans quelle proportion de fréquence elles se sont rencontrées, et à comparer les produits de sécrétion vaginale coïncidant avec une muqueuse saine, à ceux qui coïncident avec ses altérations. Nous verrons enfin s'il y a lieu d'en tirer, comme pour l'écoulement utérin, les caractères de l'écoulement vaginal qui n'appartiennent pas à la phlegmasie du vagin, et

qui concourent probablement à constituer une partie de l'écoulement leucorrhéique.

Ecoulement vaginal.—Je comprends sous le nom de muqueuse vaginale, toute la membrane qui tapisse la cavité du vagin; ainsi je n'excepte point celle du col qui est une continuation de la première, et dont l'état de coloration s'est toujours trouvé identique à celui du vagin, lorsque la coloration était uniforme. Je dois dire aussi, relativement à l'écoulement vaginal, qu'il m'a été quelquefois difficile de distinguer dans les produits contenus dans le vagin ce qui appartenait à ce dernier de ce qui venait du col de l'utérus; aussi j'ai éliminé, autant que possible, les observations où il y avait doute à ce sujet.

Les altérations de la muqueuse vaginale que j'ai eu occasion d'observer pendant mon année d'internat, et cela sur plusieurs centaines de femmes que j'ai explorées avec le spéculum, sont très-variées; mais celles que j'ai le plus fréquemment rencontrées sont les altérations de coloration. Leur fréquence prédomine tellement, que sur 80 femmes dont j'ai gardé des notes écrites, il s'en trouve à peine une ou deux qui aient présenté autre chose que des altérations de coloration.

Sur 42 explorations spéculaires où j'ai rencontré la muqueuse d'un rose pâle, 24 fois je n'ai pas trouvé trace d'écoulement vaginal; 11 fois cet écoulement était d'un blanc crêmeux, 1 fois il était caséeux, 5 fois jaune et d'une apparence puriforme, une fois l'écoulement n'était pas décrit.

Sur 35 explorations où la muqueuse était d'un rose un peu intense, douze fois il n'y avait pas d'écoulement, dix fois il était blanc, crêmeux, deux fois caséeux, cinq fois jaunâtre, plus ou moins puriforme, quatre fois l'écoulement constaté n'était pas décrit.

Sur 22 explorations spéculaires où la muqueuse était d'un rouge plus ou moins vif, mais uniforme, 3 fois il n'y

avait pas d'écoulement, 6 fois il était d'un blanc légèrement jaunâtre ressemblant encore à l'écoulement crêmeux, 7 fois puriforme, jaunâtre ou verdâtre, 4 fois enfin l'écoulement n'était pas décrit.

Enfin, sur 15 explorations où la muqueuse était piquetée de points, ou tigrée de plaques rouges, j'ai trouvé constamment plus ou moins d'écoulement vaginal. Il était 6 fois crêmeux, sur lesquelles 2 fois plus ou moins aéré, 5 fois puriforme, sur lesquelles une fois aéré; une fois je trouvai une matière jaune très-consistante; enfin 3 fois l'écoulement vaginal était tellement combiné avec la sécrétion utérine, qu'il était difficile de le décrire.

En résumant ces divers résultats en un tableau, et en éliminant les cas non suffisamment indiqués, on trouve :

	Muq. pâle.	Muq. rose.	Muq. rouge uniforme.	Muq. piquetée.
Pas d'écoulement	24	12	3	0
Ec. blanc crêmeux	11	10	8	6
Ec. caséeux	1	2	0	0
Ec. puriforme	5	5	7	6
Total...	41	29	18	12

Même tableau réduit en fractions décimales :

	Muq. pâle.	Muq. rose.	Muq. rouge, uniforme.	Muq. piquetée.
Pas d'éc.	0,585	0,404	0,411	0,000
Ec. bl. crêmeux.	0,268	0,355	0,365	0,500
Ec. caséeux	0,025	0,069	0,062	0,000
Ec. puriforme.	0,122	0,172	0,164	0,500
Total	1	1	1	1

Malheureusement le nombre des faits relatifs à l'écoulement vaginal est beaucoup moindre que celui de faits précédens, et les douze faits qui constituent la quatrième série sont surtout si limités, qu'ils peuvent ne pas être une représentation fidèle des proportions que nous donnerait une série trois ou quatre fois plus nombreuse.

Cependant si nous cherchons à mettre en évidence les principaux points saillans, tels que nous l'offre le petit champ de notre observation, plus pour les soumettre à des vérifications à venir, que pour poser des règles définitives, nous trouvons :

Que toutes les formes d'écoulement vaginal se rencontrent d'autant plus fréquemment que la muqueuse s'éloigne plus de ses conditions normales ; et qu'au contraire l'absence d'écoulement vaginal s'observe d'autant plus fréquemment que la muquense paraît se rapprocher davantage de l'état sain.

Que cependant on rencontre dans un certain nombre de cas toutes les espèces d'écoulemens, même lorsque la muqueuse est saine, de même qu'il peut y avoir absence d'écoulement lorsque la muqueuse est évidemment altérée.

Les considérations auxquelles peuvent donner lieu ces résultats sur les sécrétions utérines et vaginales, me paraissent tout-à-fait dignes d'intérêt.

Nous voyons d'abord ressortir un grand fait principal : c'est que, quel que soit l'état normal ou altéré de l'orifice ou du vagin, on peut rencontrer toutes les conditions dans lesquelles nous avons vu se présenter ces produits de sécrétion, y compris même l'absence complète d'écoulement.

Nous voyons ensuite que ce premier fait qui semblerait, au premier abord, engager l'analyste à tout confondre, en lui interdisant de chercher des rapports constans et spéciaux entre telle forme d'écoulement et telle forme de lésion, n'empêche pas ces rapports d'exister. Mais à vrai dire, ces rapports ne sont point absolus; ils sont comme la plupart des lois transmises jusqu'à présent en médecine, ils ont tous leur part d'exception.

L'absence d'écoulement, qu'on l'envisage par rapport à la sécrétion utérine ou par rapport à la sécrétion vagi-

nale, est d'autant plus fréquente que l'organe sécréteur se rapproche plus de sa condition normale.

L'écoulement aqueux, qui paraît appartenir en propre à la sécrétion utérine, est la forme qui se rapproche le plus de l'état d'absence complète d'écoulement; car la fréquence décroît autant que l'absence d'écoulement, à mesure qu'on trouve le col moins altéré.

L'écoulement albumineux très-apparent provenant de l'utérus, se range encore dans la même catégorie, puisqu'il est deux fois plus fréquent lorsque l'orifice du col est parfaitement sain que lorsqu'il est ulceré.

Quant aux autres formes que revêtent les écoulemens, soit vaginaux, soit utérins, leur fréquence croît, au contraire, à mesure que le col ou le vagin s'altèrent de plus en plus; et s'il en est parmi elles quelques-unes qui appartiennent encore à la leucorrhée constitutionnelle, cela ne peut se faire qu'en admettant que les fleurs blanches s'accompagnent souvent d'altérations de coloration de la muqueuse.

Des accidens consécutifs aux fractures. Observations relatives aux fractures du fémur; par M. J. Guyot, *D. M.*

Des circonstances particulières ont soumis à mon observation trois cas de fractures du fémur qui, quoique très-différentes dans leur siége, dans leur gravité et dans leur marche, présentaient toutes trois néanmoins une analogie digne d'attention, par un état pathologique particulier, persistant opiniâtrément long-temps après leur consolidation et privant le membre fracturé de la totalité ou seulement d'une partie de ses fonctions.

Je rapporterai avec quelque détail le premier cas.

En 1833 une circonstance particulière m'ayant mis en

rapport avec M. le comte Turgot, pair de France, je le vis marchant avec deux longues béquilles ; il me dit en deux mots que les suites funestes d'une fracture du fémur l'avaient mis en cet état, depuis deux ans; qu'il avait été traité par Dupuytren; qu'il avait consulté plus tard la plupart des sommités chirurgicales, et qu'aujourd'hui tout espoir de guérison était perdu pour lui. A quinze mois de là, au mois d'octobre 1834, j'eus une nouvelle occasion de le voir.

Il était dans le même état où je l'avais vu d'abord : c'est-à-dire, qu'il marchait seulement à l'aide de deux longues béquilles, et que son membre fracturé ne pouvait pas lui offrir le plus faible point d'appui : je lui exprimai mon étonnement à cet égard. Il me permit d'examiner sa cuisse, me donna les plus grands détails sur sa position actuelle et sur les phases qu'avait parcourues sa fracture depuis son origine. Enfin il voulut se livrer entièrement à moi : de mon côté j'étais loin de pouvoir profiter immédiatement d'une confiance aussi absolue, et je crus devoir lui déclarer que je n'avais point une idée claire de la disposition de son membre malade, que je n'avais aucune intention formelle de le traiter, que je ne connaissais en aucune façon le traitement qu'il conviendrait le mieux d'y appliquer, que je ne pouvais rien prédire sur le succès des moyens que je croirais devoir employer ; qu'il était probable que je ferais beaucoup de choses inutiles avant d'arriver à de bons procédés : en un mot, je lui fis connaître exactement l'état d'incertitude, de doute et cependant d'espérance dans lequel j'abordais la question. M. Turgot eut foi dans le vif désir que j'éprouvais de le guérir, et nous commençâmes à chercher ensemble, d'abord par des raisonnemens, ensuite par des essais, la marche la plus convenable pour arriver au résultat désiré.

La fracture datait de trois ans et demi : elle avait son siége à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers

inférieurs du corps du fémur droit ; elle avait été occasionnée par l'emportement et la chute violente d'un cheval fougueux que montait M. Turgot.

M. Dupuytren fut appelé : il appliqua le bandage à dix-huit chefs, et vers le cinquantième jour il y substitua l'appareil à double plan incliné : dans la nuit qui suivit cette substitution, les deux fragmens qui, sous l'influence de l'extension continue, étaient dans une bonne direction et semblaient devoir être parfaitement réunis dans le laps de temps habituellement nécessaire, les deux fragmens, dis-je, par le seul fait de changement de procédé, s'inclinèrent l'un sur l'autre avec gonflement considérable, accompagné de douleurs intolérables. Néanmoins après un temps fort long, le cal se raffermit en conservant sa déformation, et M. Turgot put enfin marcher avec une courte béquille. Mais le genou conservait la raideur qu'amène presque constamment le traitement par l'extension continue : les eaux thermales, celles de Néris, furent conseillées pour détruire cette fausse ankylose ; mais leur action résolutive ou dissolvante ne se borna pas au genou, elle s'étendit au cal qui se gonfla, se ramollit ou ne se ramollit pas, qui du moins devint le siége d'un travail extraordinaire accompagné de vives douleurs, d'un gonflement œdémateux de tout le membre qui prit à sa surface une teinte violacée très-foncée. Enfin la cuisse perdit complètement la faculté de soutenir le corps ; la pointe du pied ne pouvait même toucher la terre ou heurter un corps dur sans qu'un retentissement très-douloureux se fît sentir dans le cal et dans toute la partie supérieure de la cuisse. Le malade ne pouvait endurer le porte à faux du cal sans qu'un sentiment de fatigue qui s'élevait en peu de minutes jusqu'à la douleur se manifestât. A dater de cette époque, pendant l'espace de trois ans, aucun moyen ne fut efficace pour rétablir le cal dans son premier état : vers la troisième année néanmoins, pendant la belle saison de 1834, les bains d'eau froide et salée, et particuliè-

rement les bains de mer dissipèrent en grande partie les douleurs: le gonflement devint moindre aussi; la teinte violacée de la peau s'éclaircit: mais la cuisse malade ne pouvait supporter encore le moindre effort, et le corps ne pouvait se reposer sur elle, même légèrement: le porte à faux entraînait également un sentiment de fatigue extrême et causait bientôt une véritable douleur. M. Turgot suppléait son mauvais membre par deux béquilles à bras, il s'en servait avec beaucoup d'adresse et d'agilité: aussi chaque soir, une chaleur plus élevée que de coutume se faisait sentir au niveau de la fracture et du genou, par suite des mouvemens qu'il se donnait. Souvent cette irritation causée par un exercice trop violent ou par le choc de la pointe du pied oupar l'influence brumeuse, pluvieuse ou orageuse de l'atmosphère, ou un porte à faux trop prolongé, s'élevait jusqu'à l'état inflammatoire et s'accompagnait de douleur, de gonflement, de contractions spasmodiques des muscles, d'une chaleur extrême. Cette maladie locale une fois déterminée durait de six à neuf jours, elle excitait au plus haut degré la susceptibilité nerveuse du malade, et le pouls en était souvent accéléré, au point de déterminer un état fébrile, d'entraîner l'insomnie, de troubler les facultés digestives.

Lorsque j'examinai la cuisse, je trouvai que les deux fragmens, dont le supérieur pouvait avoir cinq à six pouces et l'inférieur neuf pouces à neuf pouces et demi, étaient inclinés l'un sur l'autre de 157° formant ainsi un angle saillant en avant et un peu en dehors; direction qui se rapportait parfaitement au sens dans lequel les muscles doivent solliciter chacun des fragmens. Il résultait de cette disposition que, si les os ne chevauchaient point, le raccourcissement devait être de 8 à 10 lignes seulement; or le décubitus sur le dos donnait un racourcissement de 13 à 14 lignes, d'où il suivait que les fragmens devaient chevaucher de plusieurs lignes, ou que la pression du fragment inférieur sur le su-

périeur avait produit cette diminution par absorption inter-stitielle. Un cal énorme était formé au point de jonction ; les parties molles environnantes engorgées contribuaient certainement à le faire paraître aussi volumineux; néanmoins la cuisse vue de côté présentait deux axes très-distincts qui venaient se couper au centre du cal : les muscles étaient très-développés et se constituaient par fois dans un état de spasme très-appréciable à l'œil; enfin la circulation était embarrassée, et le membre avait perdu toutes ses formes, tant par le gonflement œdémateux que par le dépôt de matières soit graisseuses, soit tophacées, au voisinage des articulations.

Tel était l'état local et général déterminé par la fracture, lorsque je m'appliquai à chercher des moyens de guérison. Quelle maladie avais-je à traiter ? à quelle particularité devais-je adresser mon traitement ? le cal était-il solide ? Probablement : mais pourquoi le porte à faux ne pouvait-il être supporté ? le cal était-il ramolli ? Je ne le pense pas, puisque l'os se mouvait d'une seule pièce, et qu'aucun effort ne pouvait y faire apercevoir la moindre flexibilité : le cal n'était-il point entretenu dans un état permanent de travail inflammatoire chronique, passant à l'état aigu par les mouvemens, la fatigue, et surtout par les spasmes musculaires ? Mais si le cal est solide, que font sur lui toutes ces actions ? Le mal ne résidait-il pas dans le périoste ou dans les muscles et les parties molles environnantes ? Pourquoi, dans ce cas, ces douleurs sympathiques du genou, souvent plus violentes que celles qui se faisaient sentir au niveau du cal ? N'est-ce pas un principe rhumatismal ou goutteux qui se serait établi là par l'action particulière des eaux chaudes, comme cela s'observe souvent : mais, dans ces cas, on trouve encore un point d'appui sur les membres affectés, et dans l'espèce qui nous occupe la cuisse ne peut rien supporter. Telles étaient les réflexions et les hypothèses auxquelles je me livrais en

commençant le traitement : je n'en adoptai aucune, et je commençai quelques essais, plutôt pour m'éclairer que dans l'espoir d'en tirer directement avantage.

Je fis d'abord construire en coutil un corset pour la cuisse ; il enveloppait exactement toute cette partie du membre abdominal, et avait pour but principal de suppléer à la solidité de l'os en supposant qu'il en manquât. A cet effet, il prenait son point d'appui sur l'articulation du genou, à la partie externe de laquelle se trouvait un gousset destiné à recevoir l'extrémité inférieure d'un large et solide busque d'acier qui s'élevait jusqu'au-dessus du grand trochanter où il était reçu dans un autre gousset, lequel étant pratiqué dans le bord supérieur du corset qui passant sous la cuisse et sous la fesse, transmettait une partie du poids du corps au busque. Ce corset parut d'abord faire un bon effet; mais la cuisse ne pouvant supporter ni chaleur ni pression, il fallut promptement renoncer à son emploi.

Deux ou trois autres moyens mécaniques furent également essayés sans succès.

J'annonçai alors à M. Turgot, qu'il fallait se résigner à un repos absolu, à se mettre au lit et à souffrir pendant deux mois l'application de l'appareil de Boyer : il accepta ma proposition. Je l'engageai néanmoins à voir quelques médecins; il s'y refusa d'abord, mais sa détermination étant connue, les conseils et les exhortations à ne pas risquer une expérience aussi grave, lui vinrent naturellement et de la part des hommes de l'art et de la part des personnes du monde. Sa conviction fut ébranlée, il me l'écrivit, et je dus reconquérir une seconde fois sa confiance; elle me fut bientôt acquise pleine et entière, et le 2 janvier 1835 je lui appliquai l'appareil de Boyer, réduit à sa plus simple expression, c'est-à-dire sans compresses, sans coussins et disposé pour tendre seulement le membre par ses deux extrémités comme la corde d'un arc. Après deux ou trois jours,

Il fut nécessaire de recourir à l'emploi d'un lit mécanique. Huit jours s'étaient à peine écoulés, que le membre avait repris sa couleur et son volume naturels : chaque jour on ajoutait à la tension deux ou trois tours de la vis de rappel. Jusqu'au 30me jour tout marchait suivant nos désirs, tout faisait espérer un succès complet, lorsque M. Turgot ayant fait un léger effort pour prendre sa montre déposée sur une table à côté de son lit, ressentit un pincement, une douleur assez vive au dessous du cal, dans le même endroit où cette même douleur se faisait habituellement sentir.

Delà découragement du malade et du médecin : nous oubliâmes le changement profond qu'avait subi le membre dans sa couleur et dans son volume, nous ne pensâmes plus qu'à cette douleur caractéristique qui nous rappelait ou semblait nous rappeler que rien n'était fait pour la guérison. Les délibérations recommencèrent ; je proposai un large vésicatoire, il fut accepté, et le lendemain de son application nous étions de nouveau pleins d'espoir ; un second et un troisième vésicatoires furent appliqués encore à quelques jours de distance, et dès lors M. Turgot se considéra comme en voie certaine de guérison. En effet le 13 février 1835, six semaines après l'application de l'appareil, et 12 jours après l'application du premier vésicatoire, M. Turgot se leva, et put s'appuyer sur son membre malade ; on supprima immédiatement l'appareil et le lit mécanique ; j'établis au niveau du cal, en arrière et un peu au dehors de la cuisse, un large cautère admettant 8 à 10 pois, et bientôt il ne resta plus à M. Turgot qu'à refaire l'éducation de son membre et à lui rendre peu à peu toutes ses fonctions. Au mois d'avril M. Turgot pouvait se promener dans les rues et parcourir de longs espaces avec une béquille à main ; au mois d'octobre il avait recouvré toute son agilité et n'avait plus besoin d'aucun appui ; le membre avait repris sa couleur et ses formes naturelles.

Je suis loin de tirer vanité d'une pareille guérison : c'est

un des cas où l'on doit dire avec notre immortel Paré : *Je le pansay, Dieu le guarit.*

Cette observation cependant n'est pas tout-à-fait stérile, et je crois qu'elle peut fournir un enseignement précieux. Le cal ou les parties molles environnantes étaient évidemment le siége d'une inflammation chronique ou d'un travail quelconque présentant les principaux caractères de l'état rhumatismal, et plus encore de l'état goutteux. L'appareil de Boyer fut utile par le repos absolu qu'il procura, mais les vésicatoires seuls et le cautère attaquèrent le mal dans son principe par une puissante dérivation. Telle est du moins ma conviction et telle est aussi celle du malade.

Vers le mois de mai de la même année, M. A... de V.... auquel M. Turgot avait parlé de notre succès, voulut avoir mon avis sur sa position. M. de V... s'était broyé le grand trochanter et dévié l'os coxal droit, dans une chute violente qu'il avait faite en se promenant dans les montagnes de la Suisse; il s'était égaré dans l'obscurité, et en cherchant son chemin il mit, suivant son expression, son pied dans la vide et se réveilla au fond d'un précipice. Il fut bien traité par M. Mathias Mayor d'abord, puis par d'autres chirurgiens distingués. Il put marcher après cinq à six mois, mais assez imparfaitement et avec difficulté; après un exercice fort peu prolongé, surtout relativement aux facultés locomotives extraordinaires qu'il possédait auparavant : il éprouvait un sentiment profond de fatigue, une douleur sourde au milieu des parties affectées, qui l'obligeait à suspendre sa marche et toute espèce de mouvement. Cet état pénible persista pendant 15 ou 18 mois avec des améliorations assez sensibles pour faire espérer une guerison spontanée : je le lui déclarais; toutefois je reconnus les mêmes symptômes qui s'étaient manifestés dans la dernière période de l'affection de M. Turgot. Je conseillai comme pierre de touche un vésicatoire un peu au dessous du grand trochanter : nous ne pûmes voir l'effet produit, car à la suite d'un

voyage en voiture que M. de V.... fit deux jours après son application, il y survint une vive inflammation qui ne permit plus de mouvemens jusqu'à la guérison du vésicatoire. A ce moment la marche était plus facile, mais l'amélioration était-elle due au repos ou au vésicatoire? je n'en sais rien. Je proposai néanmoins un cautère; M. de V.... ne se refusa pas précisément à son application, mais je reconnus qu'il était impossible de contenir, même pendant peu de jours son excessive activité; je préferai conseiller les bains de mer qui firent un bien très grand, comme ils avaient fait à M. Turgot. A son retour à Paris M. de V... se retrouva bientôt avec la gène et les inconvéniens habituels de son accident. Il devait retourner aux bains de mer, mais des circonstances particulières le forcèrent à séjourner dans les environs de Nancy: il revint à Paris vers les derniers jours de 1835. Je le vis encore souffrant le 15 janvier 1836, et j'insiste en ce moment pour lui faire adopter un cautère, qui serait nécessaire pour compléter sa guérison.

Cette observation est nulle sous le rapport thérapeutique; néanmoins elle prouve aussi les bons effets des eaux froides salées sur les accidents consécutifs aux fractures; je crois qu'elle peut aussi indiquer un bon effet de l'exutoire. La troisième observation que je vais rapporter est plus concluante sous ce rapport.

M. B... D..., capitaine de hussards, fit, vers le milieu de l'année 1834, une chute de cheval. Il fut traité à Niort pour une fracture du col du fémur; il fut six mois environ avant de s'appuyer sur son membre fracturé: c'était le membre droit. La teinte violacée, le gonflement œdémateux de la cuisse et de la jambe, la déformation du genou avec dépôt de matières graisseuses ou tophacées aux environs de cette articulation, une douleur assez vive existant dans l'aine et parfois dans le genou, cette douleur s'exaspérant aux changemens de l'atmosphère, des contractions spasmodiques des muscles, enfin une sensation

d'engourdissement douloureux à tous les chocs ou les faux pas; en un mot tous les symptômes remarqués dans la première observation existaient au plus haut degré. Ils diminuèrent peu jusqu'à la fin d'octobre 1835, où M. B... D... vint à Paris. Il consulta d'abord quelques sommités chirurgicales, puis il me pria de lui donner mes avis et mes soins; c'était le 1er novembre 1835. Je pris quelques jours pour étudier son état; je reconnus l'existence de tous les symptômes indiqués plus haut: la marche était pénible, les chocs très douloureux, la douleur de l'aine permanente et violente à certains jours. Le 9 novembre je fis appliquer un vésicatoire volant; la douleur de l'aine disparut jusqu'à ce qu'il fut sec, c'est-à-dire pendant huit jours; nous pûmes alors aller ensemble à pied jusqu'au bois de Boulogne par la porte Maillot, gagner le chateau de la Muette et revenir à Paris par Passy, avec une agilité dont M. B.... D.... ne s'était jamais trouvé susceptible depuis son accident. L'effet du vésicatoire étant passé, la douleur reparut; un second vésicatoire la fit encore disparaître, et bientôt M. B. D. put monter un cheval très-doux et prendre une heure de manège, d'abord au pas, puis au trot, puis au galop. Le 10 décembre, je mis un cautère un peu au-dessous et en avant du grand trochanter. Je regrettai que la susceptibilité du malade ne me permît pas de le placer au point où la douleur se faisait plus particulièrement sentir, c'est-à-dire un peu au-dessous et vers le milieu du pli de l'aine. Néanmoins l'effet n'en fut pas moins heureux, et la douleur de l'aine disparut complètement, excepté dans les changemens brusques de l'atmosphère, où elle se fait encore légèrement sentir. Les faux pas et les chocs ne font plus aucun effet douloureux; le membre affecté présente la même couleur que le membre sain; l'enflure est beaucoup moins considérable; enfin M. B. D. est dans un état tel, qu'il peut se livrer à tous les exercices qui doivent rendre à son membre la plénitude de ses fonctions.

Il serait peut-être bon d'attendre encore d'autres observations du même genre pour se prononcer sur la nature des accidens qui succèdent, dans quelques cas, aux fractures de la cuisse, et sur l'efficacité du traitement que j'ai cru devoir leur opposer. Je dirai cependant qu'ils me paraissent tenir à un état inflammatoire chronique qui s'entretient à l'intérieur même du cal, et s'étend au périoste et aux tissus fibreux ligamenteux ou tendineux qui s'y fixent immédiatement. Ce travail présente tous les caractères qu'on assigne à la goutte ou seulement au rhumatisme; les bains de mer, les bains d'eau froide salée et gélatineuse, me paraissent fort avantageux dans leur traitement; mais les vésicatoires, et particulièrement les cautères, sont, à mon avis, les seuls moyens véritablement curatifs qu'on puisse leur opposer.

Je n'ai trouvé aucune observation analogue dans les différens recueils et traités de chirurgie que j'ai compulsés, tant pour me guider dans la marche thérapeutique à suivre, que pour fixer mes idées sur le genre d'altération des os ou des tissus environnans : l'anatomie pathologique ne m'a rien non plus offert qui puisse se rapporter directement aux trois cas qui se sont présentés à mon observation : ce qui d'ailleurs prouverait mieux que toutes les recherches, que ces états consécutifs de certaines fractures n'ont pas été signalés, c'est qu'ils ont été abandonnés par les hommes les plus distingués, comme au-dessus des ressources chirurgicales, ou comme devant être guéris par les seules forces de la nature. Les traités de chirurgie signalent la non-consolidation des fragmens, le ramollissement du cal, les articulations contre-nature, etc. Les anatomo-pathologistes indiquent les différens états des parties qui répondent à ces accidens et à quelques autres; mais ils n'indiquent rien qui puisse justifier les symptômes que j'ai signalés. Lobstein, qui s'est plus appesanti que les autres sur l'anatomie pathologique des os, s'exprime ainsi :

« Les recherches anatomiques sur les altérations dont les os sont susceptibles sont toutes récentes, mais les maladies auxquelles elles s'appliquent sont aussi anciennes que le règne animal. » Mais si Lobstein manque de faits précis qui soient utiles à notre sujet, il ne manque pas d'hypothèses rationnelles ou d'observations qui peuvent servir à l'éclairer.

« Les os, dit-il, sont susceptibles de contracter toutes les maladies qui reposent principalement sur le mode végétatif de la vie, et qui sont caractérisées par une altération dans l'acte nutritif. »

« Une remarque importante qui résulte de l'examen des os malades, c'est que leur substance compacte se convertit en substance réticulaire par un travail de nutrition en quelque sorte rétrograde. »

Lobstein pense encore qu'il existe un véritable travail d'inflammation dans la formation du cal. Il dit enfin : « Je suis persuadé que j'ai rencontré l'inflammation osseuse sur le vivant et sur des jeunes gens dont le tibia, le fémur, l'humérus ou les os de l'avant-bras étaient attaqués d'un gonflement considérable. En embrassant ces os avec la main, je ressentais une chaleur brûlante, et j'occasionnais de la douleur en les comprimant : or, ces os étaient si durs que je ne pouvais pas attribuer leur gonflement à la tuméfaction du périoste seul : je jugeais, en conséquence, que la substance osseuse était elle-même tuméfiée par suite de l'injection des vaisseaux innombrables qui la pénètrent, etc., etc.

C'est bien là le cas où se trouvait M. Turgot : seulement les gonflemens dont parle Lobstein étaient spontanés, tandis qu'ici le gonflement existait dans un cal : la guérison parut en effet le faire diminuer de volume ; mais le périoste et les parties fibreuses et musculaires environnantes participaient certainement à l'engorgement.

Quelques observations de maladies de la moelle épinière et de ses membranes, de purpura hemorrhagica *et de cancer du foie ; recueillies dans les salles de médecine de l'hôpital civil de Nancy (service de M. le professeur* SERRIÈRES), *et publiées par M.* COLLINY, *D. M. P.*

Les observations suivantes, à l'exception d'une seule, ont été recueillies dans les salles de l'hopital; toutes les autres, hormis la 3ème, ont pour objet des malades qui ont été reçus dans le service médical dirigé par M. le docteur Serrières. Elles nous ont paru intéressantes surtout sous le rapport de l'anatomie pathologique, car presque toutes ont eu une issue funeste : c'est par ce motif que nous nous sommes décidé à les livrer à la publicité. Nous avons pensé que le nouveau n'était pas seul utile, et que des observations qui confirment ou contredisent les opinions de nos devanciers sont pour le moins aussi nécessaires aux progrès de la science : ainsi quoique les lésions du prolongement rachidien et de ses membranes aient été l'objet de savantes recherches dans ces derniers temps, nous croyons que les observations suivantes pourront être de quelqu'utilité, en confirmant les remarques que d'autres auteurs ont déjà faites. Nous avons joint un cas de *purpura hemorrhagica*, que nous croyons remarquable par le nombre des ecchymoses que nous avons rencontrées, et une observation de cancer du foie qui détermina une hémorrhagie promptement mortelle.

Des circonstances qui ont souvent été indépendantes de notre volonté sont cause que dans quelques-uns des cas que nous rapportons, les détails anatomiques n'ont pas toute l'étendue qu'ils comportaient; cependant ce que nous en avons pu recueillir suffit le plus souvent pour les remarques que nous avons faites.

Obs. Ire—*Fièvre typhoïde, guérison. Douleur à la gorge avec sentiment de strangulation et de compression de la trachée; plus tard paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum. Guérison.*—Elisabeth Carpentier entra à l'hopital le 15 avril 1831, atteinte de la maladie nommée fièvre typhoïde; la marche en fut longue et pénible, nécessita plusieurs applications de sangsues, des vésicatoires aux jambes; on suivit du reste le traitement dit antiphlogistique; la convalescence fut longue et ne présenta aucun accident. L'appétit était revenu avec les forces et l'embonpoint, lorsque la malade fut prise, dans les premiers jours de juillet, immédiatement après le repas du soir, d'une douleur à la gorge, avec sentiment de strangulation; elle accusait en même temps la sensation d'un corps étranger qui comprimerait la trachée. Les autres malades la couchèrent et lui donnèrent de l'eau froide; les accidens se calmèrent bientôt et ne reparurent plus. Huit ou dix jours après, elle eut de la fièvre, se plaignit de céphalalgie sus-orbitaire, la langue rougit; on lui fit garder le lit, observer la diète, et prendre de l'eau d'orge et quelques lavemens. Cette indisposition n'eut aucune suite, et la malade avait repris son régime habituel, lorsque le 30 juillet au matin, elle s'aperçut en voulant se lever que le mouvement des extrémités inférieures était aboli.

Cette fille est forte, élevée à la campagne, d'un tempérament sanguin et bilieux, d'une constitution si robuste qu'à peine âgée de 15 ans on croirait qu'elle en a 18 ou 20, elle n'est pas encore reglée. Le pouls est à 80, la langue un peu animée; la malade accuse un sentiment de constriction à la région épigastrique, sentiment qui gêne un peu la respiration; nulle douleur le long de l'épine, excepté lorsqu'on la change de position; elle se plaint alors, et rapporte la douleur aux dernières vertèbres dorsales; sentiment de fourmillement dans les membres pelviens et dans la partie inférieure du tronc jusqu'à une ligne

circulaire qui passerait sous l'ombilic; vessie et rectum paralysés. Pensant que les accidens sont dus au défaut de menstruation, on prescrit six sangsues à la vulve, une infusion d'armoise, l'eau d'orge et la diète. Le 31, même état; les sangsues ont beaucoup coulé. (Même traitement, moins les sangsues). Le 1.er août, même situation; la malade a dormi. (Saignée du bras de trois palettes; le reste à l'ordinaire). Le 2, même état. (On applique de chaque côté de l'épine, depuis la partie moyenne des omoplates jusqu'au sacrum, cinq larges ventouses qui occupent tout cet espace; on les scarifie profondément. L'écoulement de sang est abondant. Le reste comme les autres jours). Le 3, depuis l'application des ventouses, la malade se trouve plus soulagée qu'elle ne l'a encore été; l'oppression épigastrique a disparu, la respiration est plus libre, le pouls moins fréquent, les douleurs du dos beaucoup diminuées. Dans la journée d'hier et dans la nuit les membres inférieurs ont été agités de soubresauts assez fréquens. (Dix sangsues à la vulve, cataplasmes à la plante des pieds, petit-lait, émulsion). Le 4, les sangsues n'ont pas été appliquées; la malade est dans le même état; l'appétit se développe; le sommeil est bon. (Même prescription qu'hier). Le 5, les sangsues ont fourni beaucoup de sang, et peu de temps après la malade a vu disparaître le fourmillement qu'elle ressentait aux extrémités, et renaître les mouvemens volontaires: elle remue facilement, et d'une manière assez marquée, les jambes et les cuisses; elle a pu se tenir un instant debout; la vessie et le rectum ont repris leurs fonctions; mais elle se plaint de coliques assez vives depuis le matin. (Lavement émollient, tisane de pissenlit, bouillon). Le 6 et le 7, la malade va bien, les mouvemens reviennent toujours; il n'y a plus de fièvre, mais le pouls est encore dur et plein. (Traitement comme le 5, et de plus douze sangsues le long de la colonne vertébrale). Le 8, les sangsues ont bien donné; la

malade se trouve bien ; elle a de l'appétit. A dater de ce jour, les forces des membres qui ont été paralysés reviennent un peu ; elle peut faire quelques pas soutenue par deux personnes. Le 14, la malade va de mieux en mieux ; elle fait quelques pas seule, mais en chancelant. Depuis cette époque, sa marche s'affermit de jour en jour, et elle est en état de sortir le 29, parfaitement guérie et ne ressentant rien de sa dernière affection.

Cette maladie est très-probablement une congestion dans le système sanguin de la moelle de l'épine et de ses membranes ; congestion qui a été déterminée sans doute par un effort que faisait la nature pour l'apparition des règles ; peut-être aussi a-t elle été provoquée par la fièvre typhoïde qui l'avait précédée. Cette dernière circonstance peut avoir joué un grand rôle dans la production de la maladie. J'ai vu à l'hôpital une fille de 22 ans qui fut affectée d'une dothinentérie qui se compliqua de paralysie, puis de contracture des membres, tant thoraciques qu'abdominaux, avec lésion des facultés intellectuelles. La contracture disparut après un assez long espace de temps, mais elle ne céda entièrement, et les fonctions de l'entendement ne reprirent leur activité qu'après l'usage répété, deux années de suite, des eaux de Plombières. Un phénomène remarquable chez E. Carpentier, fut la douleur simulant une angine et la strangulation, et sa cessation prompte : la congestion paraissait alors s'établir vers la partie supérieure de la moelle. Plus tard elle eut son siége vers la portion lombaire de cet organe ; les évacuations sanguines étaient le seul remède efficace, et le lieu où elles furent pratiquées doit aussi être pris en considération, car chez un sujet aussi robuste le nombre des sangsues a été assez restreint, et cependant l'amélioration fut due en grande partie à leur application, et lui succéda promptement.

Obs. II.[e] — *Résolution subite de tous les membres ; douleur à la région trachélienne du rachis ; mort par as-*

phyxie. — Le 19 juillet 1830, on apporta à l'hôpital un vigneron nommé Corbin, âgé de 29 ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution robuste. Il était dans l'état suivant : résolution complète avec insensibilité des extrémités supérieures et inférieures ; face dans l'état naturel ; pupilles resserrées, mais contractiles ; fonctions intellectuelles saines ; ouïe bonne ; parole libre ; langue sortant facilement et sans déviation de la bouche, humide, recouverte d'un léger enduit blanchâtre ; respiration dans l'état normal ; pouls plein, dur, à 45 ; vessie et rectum paralysés. Il donna les renseignemens suivans : Pendant la journée de la veille il avait fait un trajet d'une lieue, exposé à l'ardeur d'un soleil brûlant ; arrivé au terme, il but du vin en petite quantité, et retourna chez lui pendant la nuit qui fut chaude ; mais en route il fut pris tout-à-coup d'une faiblesse générale (ce sont ses expressions), et tomba. Il ne put se relever, et deux personnes l'emportèrent chez lui. Il n'a pas perdu connaissance avant ni depuis sa chute, ni ressenti aucune douleur à la tête, seulement il en ressent une assez vive à la région cervicale de l'épine. Depuis l'accident, il n'a pris que deux tasses d'infusion de fleur d'oranger. Un médecin appelé l'a sondé ; maintenant il éprouve de plus une légère sensation de froid. (Saignée du bras d'une livre, légère infusion de tilleul pour le réchauffer, eau d'orge). Le 20, le sang est sorti rouge et rutilant comme du sang artériel, et s'est coagulé sur-le-champ. Le matin à cinq heures, il sort à-peu-près un demi-litre d'urine naturelle par le cathétérisme qui n'avait pas été pratiqué depuis quinze heures ; le pouls est à 85. Face plus colorée que la veille ; respiration plus difficile ; on exhausse le chevet. A huit heures, respiration plus facile ; face moins injectée ; pouls à 70, moins dur que la veille. Le malade se plaint de fourmillemens désagréables dans les jambes qui sont toujours insensibles ; les extrémités supérieures ont recouvré leur sensibilité ; le malade

peut élever les bras de quelques pouces en appuyant les poignets sur le lit, mais il ne peut pas mouvoir les doigts; la douleur de la région cervicale a presqu'entièrement disparu. (Douze sangsues à la partie postérieure du col, limonade, lavement purgatif). Les sangsues ont donné considérablement. Le malade est dans le même état jusques vers deux heures après-midi. Une sœur ayant alors voulu le faire boire, s'aperçut qu'il rejetait au loin la tisane après avoir tenté de l'avaler. A cinq heures, le malade a la face pâle, les yeux fixes, les paupières abaissées, tuméfiées, bleuâtres; respiration difficile; râle muqueux à grosses bulles; pouls mou, fréquent; peau brûlante; perte de connaissance; selle copieuse involontaire. (Vésicatoires aux jambes). Mort à six heures. Il fut impossible de faire l'ouverture du cadavre.

Obs. III.e — *Chute sur la partie postérieure du col; suivant une autre version, courbure forcée de l'épine en avant; paralysie des quatre membres, de la vessie et du rectum, priapisme: pneumonie. Mort. Déchirures des ligamens des apophyses articulaires; abcès dans la substance de la moelle: hépatisation rouge d'un poumon.* (Cette observation a été recueillie à la clinique de M. le professeur Simonin, chirurgien en chef). — Tourabel (Antoine), charpentier, 23 ans, fut apporté à l'hopital dans la matinée du 25 juin 1834. Il se trouvait dans l'état suivant: perte de connaissance, résolution de tous les membres, pouls lent et plein, respiration profonde, face vultueuse, érection très-intense du pénis. Ses camarades qui l'apportaient nous apprirent que ce jour même, il était occupé avec un autre ouvrier à soutenir un pan de séparation qu'on démolissait; son compagnon voyant qu'ils étaient trop faibles pour résister au poids du fardeau se retira, et Tourabel voulant l'imiter soutenait la paroi de ses deux mains en marchant à reculons, lorsqu'il trébuche, est renversé violemment et rencontre dans sa chute une poutre couchée à terre sur laquelle va

frapper la portion de l'épine qui forme le commencement du dos, de sorte que le col et la tête portent à faux; la paroi avait été arrêtée dans sa chute et le malheureux ouvrier n'avait dû qu'au hasard de n'en pas être écrasé. Cet homme interrogé plus tard et à plusieurs reprises expliqua l'événement d'une autre façon; il dit que voulant retenir seul la masse, il avait appuyé contr'elle non seulement les mains, mais encore la tête, et que le poids avait fortement fléchi la tête en avant jusqu'à la ramener presqu'entre ses genoux, qu'il tomba alors et perdit connaissance. (Diète; tisane de guimauve, lavement purgatif, saignée du bras). La saignée a été d'environ 20 onces; le malade a repris connaissance dans la journée; douleur à la nuque qui n'est le siége d'aucune lésion appréciable, quelques mouvemens des bras, insensibilité de ces membres et du corps depuis environ les cinquièmes côtes jusqu'aux pieds, paralysie partielle des muscles respirateurs, pouls lent et moins dur, respiration moins profonde, érection du pénis, rétention d'urine. (On introduit une sonde à demeure dans la vessie). Le 26, insomnie, déjections involontaires, pouls à 60; douleur de la région postérieure du col augmentée, mouvemens des bras moins libres qu'hier au soir; l'érection a cessé plusieurs heures et revient au moment de la visite. (Bouillon, tisane de guimauve; eau minérale (apozème éméto-cathartique) trois gobelets, 16 sangsues à la nuque). Le 27, sommeil de 4 à 5 heures pendant la nuit, mouvemens des bras plus prononcés; sensibilité revenue jusqu'auprès du pubis, la verge est sensible, l'érection ne reparaît jusqu'à la fin de la maladie que lorsqu'on change de sonde, douleur moindre à la nuque depuis les sangsues qui ont beaucoup coulé; vomissement de mucosités hier dans la soirée, déjections alvines peu abondantes, pouls à 80. (Bouillon, guimauve, lav. purgatif). Le 28, le malade a dormi la moitié de la nuit; la sensibilité est revenue sans le mouvement à l'extrémité inférieure droite. (Même traitement). Le 29, même état,

la douleur de la nuque persiste, l'appétit se développe. (Semoule au lait deux fois; guimauve, lavement purgatif, vésicatoire à la nuque). Le 30, même état et même traitement. — 1.er Juillet. Dans la journée du 30 juin, il survient de la fièvre, des efforts de toux très-fatigans à cause de la paralysie des muscles thoraciques, expectoration nulle. (Semoule le matin, diète le soir; guimauve, looch blanc, lavement purgatif). Le 2, la toux a cessé; insomnie, fièvre intense (95); la langue se dessèche et commence ce matin à se recouvrir d'un enduit fuligineux. (Diète, guimauve émulsionnée, lavement purgatif). Le 3, la langue est humide, mais rouge à la pointe, sensibilité obtuse à l'épigastre; le malade a été fatigué par la toux et n'a pas dormi. (Diète, guimauve émulsionnée, julep anodin, lavement purgatif). Le 4, point de sommeil, pouls à 85, peu de toux, respiration difficile, langue sèche et rouge, céphalalgie. (Diète; 8 sangsues derrière les oreilles, guimauve émulsionnée, lav. émollient). Le 5, quatre sangsues seulement ont mordu et médiocrement coulé; néanmoins le malade est mieux, il a dormi deux heures; plus de céphalalgie, langue humide, respiration plus facile, pouls fort, à 70. (Diète; guimauve émulsionnée, lav. émoll.). Le 6, le malade n'a pas dormi, il a été assoupi hier dans la journée, il se plaint d'une chaleur âcre à l'estomac, la pression à l'épigastre n'est pas douloureuse, diarrhée, pouls à 72, la langue se sèche de nouveau, respiration difficile. (Diète; infus. de fleurs de mauve, émulsion ℥viij, lav. émollient). Le 7, le malade a un peu dormi; langue humide, l'appétit se relève; mais le sujet s'affaiblit visiblement. (Bouillon. Le reste comme hier). Le 8, pouls à 60, plus faible que les jours précédens; syncopes avec suspension complète de la circulation et de la respiration chaque fois qu'on donne au malade la position verticale, escarre énorme au sacrum, douleur à la circonférence de la base de la poitrine, ventre ballonné. (Semoule deux fois; mauve,

émulsion, lavement). Le 9, pouls plus faible qu'hier, escarres aux deux talons, douleurs vives à la région plantaire des deux pieds. (Même prescription), Le 10, le malade n'a pas dormi, il se plaint d'une vive douleur qui semble se rapporter à toute la circonférence des attaches du diaphragme, il accuse un sentiment de strangulation qu'il compare à la constriction d'une bande. (Même prescription). Mort le 10 à deux heures après midi, sans agonie.

Nécropsie le 11, dix-huit heures après la mort. Habitude extérieure. — Emaciation considérable, escarre qui avait mis à nu le sacrum.

Rachis. — Les ligamens qui unissent postérieurement les apophyses articulaires de la 7e vertèbre cervicale à la 1.ère dorsale sont détruits ; l'intérieur des articulations est ouvert, on sent quelques points des apophyses qui sont rugueux. Moelle ramollie dans la région cervicale, principalement vis-à-vis la 7e vertèbre ; dans cet endroit la substance médullaire est presque diffluente; la moelle incisée longitudinalement fait voir vers sa partie centrale et aussi vis-à-vis la 7e vertèbre une cavité pouvant contenir une fève de marais ; cette cavité était remplie par une substance purulente d'un gris-brun-verdâtre, une traînée légère de cette matière remontait dans l'épaisseur de la moelle jusques environ la 4e vertèbre cervicale. Poumon gauche imperméable à l'air dans sa totalité et hépatisé en rouge ; poumon droit et cœur sain. Estomac et intestins dans l'état normal.

Les deux observations précédentes présentent des rapports assez frappans dans plusieurs de leurs symptômes, quoique la cause soit différente. Chez Corbin la paralysie a sans doute été déterminée par une apoplexie de la partie supérieure de la moelle, chez Tourabel la cause est traumatique. Chez tous les deux nous trouvons douleur à la nuque, paralysie des membres de la vessie et du rectum, de plus chez le second un priapisme qui se prolonge plu-

sieurs jours. Chez ce dernier, la maladie suivit les transitions de l'inflammation à la suppuration, chez le premier le désordre fut trop grand pour que la vie pût persister quelque temps. Dans les deux cas la paralysie des muscles de la respiration accéléra sans doute la mort, et les douleurs que Tourabel ressentait à la base de la poitrine sont bien une preuve de la lésion de l'innervation du diaphragme; le sentiment de strangulation qu'il a présenté, et qu'on avait aussi remarqué chez E. Carpentier, a eu jusqu'à un certain point son analogue chez Corbin, qui manifesta l'impossibilité d'avaler les boissons vers les derniers instans de sa vie. Ainsi la seconde observation vient éclairer encore le diagnostic de la première, s'il pouvait rester quelque doute que le malade qui en fait l'objet succomba à une affection très-intense de la partie cervicale de la moelle; et cependant la nature de cette affection nous sera toujours cachée. Une chose assez remarquable chez Tourabel, c'est la différence dans l'explication de l'accident; cependant celle qu'a donnée le malade lui-même et sur laquelle il s'est expliqué plusieurs fois avec détails paraît la plus probable : d'abord il a pu savoir très-bien les circonstances qui ont précédé et amené son accident; puis elle est confirmée par la nature des lésions qui avaient leur siége à la partie postérieure du canal osseux sans qu'il y eût rien dans l'articulation du corps des vertèbres. Remarquons en outre que dans l'autre explication un coup assez violent pour rompre deux articulations n'aurait pas produit à la peau la plus légère contusion, circonstance qui nous paraît peu probable.

Obs. IV.e — *Arthrite chronique; hépato-duodénite; calculs biliaires.* Plus tard, *palpitations; vertiges; douleur dans le rachis; mouvemens convulsifs des membres; mélancolie. Plaques cartilagineuses de l'arachnoïde; pneumo-thorachis; atrophie de la moelle; hypertrophie du ventricule gauche du cœur; aspect particulier du foie; calculs biliaires.* — M. le général baron D***, d'une constitu-

tion athlétique, d'un tempérament sanguin, avait gagné à l'armée un rhumatisme qui devint plusieurs fois aigu et resta chronique. Tout à coup les articulations qui présentaient plusieurs *nodus* furent dégagées ; c'est alors quo plusieurs symptômes de lésions intérieures se manifestèrent. Les docteurs L. Valentin et Serrières furent appelés pour le soigner; ils reconnurent une hépato-duodénite aiguë : la couleur fauve-foncée do la peau, les urines rares et noirâtres, les démangeaisons de la peau, la douleur à l'épaule droite, les hoquets fréqnens, les vomissemens firent reconnaître une jaunisse. Après l'emploi des moyens antiphlogistiques, la maladie aiguë cessa et se convertit en affection chronique. Plusieurs fois et dans le cours d'une période de deux années, le général rendit plusieurs pierres biliaires après l'usage des eaux de Plombières et de Niederbronn. A son retour de ces dernières, la santé paraissait s'être affermie; se croyant guéri, il se livra à un genre de vie fait pour ramener les accidens : mêts succulens, vins généreux, séjour prolongé au lit, conséquemment manque d'exercice, exposition à l'air froid, suffirent pour lui donner un catarrhe pulmonaire, des battemens de cœur, des ophthalmies, des vertiges, des douleurs atroces dans le rachis, qui s'accompagnaient de mouvemens violens, convulsifs, involontaires et irréguliers dans tous les membres; ces mouvemens allèrent en augmentant de force et de durée de telle sorte qu'au moment de la mort le malade en était tourmenté sans relache depuis 96 heures. C'est alors que les médecins susnommés considérèrent que la goutte jouait un rôle dans la production de ces accidens; ils employèrent différens moyens sans succès. Ce serait inutile de donner un détail minutieux de tous les symptômes auxquels le malade a été en proie; on se bornera à dire qu'il fut plongé dans la mélancolie, qui dégénéra en monomanie qui portait au suicide. Après avoir eu divers accidens qui tenaient aux lésions de la moelle, du cœur, du foie, il se

débarrassa de la vie en se faisant sauter le crâne, le 29 mai 1833.

(Je dois les détails qui précèdent à l'obligeante bienveillance de M. le docteur Serrières, c'est à lui aussi que je dus d'être chargé de l'autopsie cadavérique avec l'assistance de M. Winter).

Nécroscopie. Habitude extérieure. — Cadavre d'une taille élevée, fortement constitué.

Tête. Il ne reste que la mâchoire inférieure et la langue; cette dernière est noire et brûlée comme les organes qui ont subi l'explosion de la poudre à canon; la voûte palatine, la base du crâne ainsi que le cerveau en totalité ont été séparés violemment et ont entraîné les os de la partie supérieure de la tête; il ne reste qu'une portion des temporaux et de l'occipital, ce dernier os est fracturé d'avant en arrière à gauche dans la portion qui s'unit au temporal, de sorte qu'il y a deux fragmens osseux qui retombent sur la partie postérieure du col. On aperçoit le cervelet en place, mais déchiré et en partie séparé de la moelle alongée; il paraît sain.

Rachis. La colonne vertébrale ouverte dans toute sa longueur présente la dure-mère d'une couleur naturelle; on aperçoit à travers elle des plaques de forme variée dont il sera parlé plus bas. Cette membrane incisée est épaissie dans la région cervicale. L'arachnoïde est fortement injectée dans toute son étendue, elle offre à sa partie postérieure dans les deux lames, à commencer de la région dorsale jusqu'aux lombes, des plaques nombreuses, de couleur nacrée, de forme lenticulaire, de grandeur diverse et d'une consistance cartilagineuse; épanchement gazeux peu considérable entre l'arachnoïde et la pie-mère de la moelle. Moelle épinière blanche, paraissant diminuée de volume, d'une consistance très-ferme, présentant entre les doigts la dureté d'une lanière de cuir épais; incisée longitudinalement et transversalement, on ne la trouve pas injectée.

Thorax. Poumons dans la plus parfaite intégrité. Epanchement peu considérable de sérosité citrine dans le péricarde. Cœur plus volumineux que dans l'état de santé ; ventricule gauche d'une épaisseur au moins triple de l'état normal, ventricule droit et oreillette sains.

Abdomen. Epiploons surchargés de graisse. Estomac et canal intestinal sains à l'extérieur et à l'intérieur. Foie volumineux, d'un fauve-grisâtre, granuleux, dur ; vésicule du fiel très-épaissie, extrêmement rétractée, contenant à peine une cuillerée à café d'un liquide limpide et incolore, remplie en outre d'une infinité de petits calculs granuleux, d'un vert noirâtre. Tous les autres organes sont dans l'état normal.

Dans cette observation, chacun des principaux symptômes a trouvé, pour ainsi dire, son application dans un phénomène anatomo-pathologique particulier. Ainsi l'atrophie de la moelle et le cortège d'altérations qui l'accompagnait expliquent les mouvemens convulsifs des membres ; la grande épaisseur du ventricule gauche et l'influence nerveuse pervertie, qui pouvait s'exercer sur le cœur, rendent compte des palpitations. Cette même influence nerveuse et la maladie du foie, les calculs biliaires que nous avons trouvés et ceux que le malade rendit à plusieurs époques, étaient signalés pendant la vie par l'ensemble symptomatique qu'on nomme mélancolie. Les plaques cartilagineuses ont-elles eu une grande influence sur la production des mouvemens nerveux ? Cela paraît assez douteux lorsqu'on voit coïncider leur existence avec des phénomènes tout-à-fait opposés, et que quelquefois elles ne sont accompagnées d'aucune lésion de fonctions. Je viens de dire que ces plaques pouvaient exister avec des phénomènes opposés à ceux que nous avons décrits dans cette observation ; le fait suivant, quoique bien incomplet, me semble le prouver.

Obs. Ve. — *Incontinence d'urine depuis l'âge de 9 ans;*

pneumonie. Mort. Plaques cartilagineuses dans les membranes spinales. — Vincent (Joseph), âgé de 79 ans, journalier, entra à l'hôpital le 19 février 1834. Cet homme paraît avoir eu une constitution robuste, il a passé sa vie à cultiver la terre. Envoyé par un fondateur, il ne paraissait qu'infirme, et attira peu l'attention ; en effet, toutes les fonctions s'exécutent bien, excepté que depuis l'âge de 9 ans, cet individu est affecté d'une incontinence d'urine qui le force à comprimer mécaniquement l'urètre ; cet homme a un bon appétit, digère bien et dort bien. Dans les premiers jours de mars, il présenta les symptômes d'une pneumonie qui fit de rapides progrès et il succomba le 7 du même mois.

Nécropsie. Le cadavre fut transporté à l'amphithéâtre d'anatomie ; ce fut là que j'eus occasion d'examiner les organes, quoique bien imparfaitement. Les deux poumons présentaient l'hépatisation rouge dans presque toute leur étendue, ils étaient plus pesans que l'eau ; la vessie et l'urètre étaient sains.

En procédant à la section verticale du canal vertébral pour montrer l'appareil ligamenteux de l'épine, je remarquai entre l'arachnoïde et la dure-mère de la partie antérieure du canal, de nombreuses plaques cartilagineuses de volume très-variable ; elles s'étendaient environ depuis la première vertèbre dorsale jusqu'à la douzième, et paraissaient couvrir presqu'entièrement l'arachnoïde tant elles se trouvaient rapprochées ; la partie postérieure de cette membrane n'en présentait aucune. Le trait de scie ayant dû désorganiser entièrement la substance médullaire, on ne put faire aucune autre recherche.

Cette observation, toute incomplète qu'elle est, concourt à prouver que le développement des plaques cartilagineuses dans les membranes qui entourent la moelle ne produit aucun symptôme qui lui soit particulier. Du reste dans les

deux cas que nous avons rapportés, il faut remarquer que les sujets étaient des vieillards.

Obs. IVe—*Paralysie des extrémités inférieures, de la vessie et du rectum. Mort. Tubercule à la partie inférieure de la moelle.*—Berton (Jean), manœuvre, âgé de 38 ans, d'une forte constitution, entra à l'hopital le 21 mai 1829. Cet homme, qui se croyait affecté de rhumatismes dus à sa profession, qui l'obligeait à se soumettre aux intempéries des saisons, présenta lors de son entrée une paralysie du mouvement des extrémités inférieures avec difficulté d'uriner et d'aller à la garde-robe. Peu de jours après les urines cessèrent de couler, et la constipation devint opiniâtre : on eut recours au cathétérisme et aux lavemens irritans, l'urine sortait avec un sédiment blanchâtre très-épais, et des mucosités très abondantes. Cet état de choses dura huit jours, au bout desquels il survint de l'incontinence d'urine et défécation involontaire; des escarres se formèrent au sacrum et sur les trochanters; cette situation se termina par la mort le 20 juin.

Autopsie du cadavre.—On trouva la vessie très épaissie et très-rouge à sa face interne. Deux pouces environ avant la terminaison de la moelle épinière dans l'épaisseur même de sa substance, on rencontra un tubercule du volume et de la forme d'un haricot. La substance médullaire qui l'environnait était dans l'état normal, mais le prolongement rachidien offrait dans sa longueur plusieurs alternatives d'induration et de ramollissement. Quant au tubercule, il était sans kyste, formé de matière d'un blanc-jaunâtre, distinct de la couleur de la moelle; il paraissait à l'état cru et offrait plus de résistance à la section que la substance médullaire; il était placé de manière que son grand axe était horisontal. Les membranes spinales étaient saines.

Cette observation, dans laquelle il est à regretter que l'état de toute la longueur de la moelle épinière n'ait pas

été noté avec précision, nous paraît intéressante, sous le rapport du développement d'un tubercule à la partie inférieure de cet organe. Du reste, la présence de ce corps explique fort bien les symptômes qu'on a observés chez ce malade, et dont nous ferons remarquer la succession et l'extrême rapidité, puisque la maladie a à peine duré deux mois.

Obs. V^{e}.—*Purpura hæmorrhagica. Epistaxis et melæna pendant plusieurs jours, large ecchymose au dos. Mort. Ecchymoses ou suffusions sanguines sous toutes les séreuses, dans l'estomac et le gros intestin.* — Contal (François) domestique, âgé de 19 ans, d'une taille ordinaire, d'une constitution robuste, est entré à l'hopital le 30 avril 1835; il est dans l'état suivant: faiblesse extrmêe, couleur exsangue de la peau, quelques ecchymoses peu considérables aux doigts des mains et aux jambes; au dos il y en a une énorme d'un pied carré environ; nous avons appris qu'elle a été produite par l'application d'un sinapisme, elle est d'un rouge foncé. Pouls à peine sensible, sans accélération, soif vive. Les narines sont tamponnées pour s'opposer à une épistaxis qui dure depuis deux jours sans relâche: c'est de cette époque aussi que date la maladie. Urine naturelle; le malade rend par les selles une matière assez fétide, liquide et couleur de suie, qui paraît être du sang altéré. (Potages, limonade sulfurique, potion avec décoction de quinquina ℥ iij, eau de Rabel ʒß, sirop d'orange ℥. Deux demi-lavemens avec une forte décoction de ratanhia). L'état du malade resta à peu près le même; l'épistaxis et les déjections noires persistèrent; il eut un léger délire, par intervalles, quelques jours avant la mort. Le 4 mai il survint une rétention d'urine, le cathétérisme fit sortir de l'urine limpide. Le traitement reste le même jusqu'à la mort, qui eut lieu le 5 mai, à l'exception qu'on ajouta du quinquina à la décoction de ratanhia pour lavemens.

Nécropsie le 6. — *Habitude extérieure.* — Corps bien conformé, pâleur des tégumens, quelques ecchymoses aux

doigts des mains et aux jambes. Ecchymose énorme à la partie postérieure du thorax; elle s'étend environ depuis la 7e vertèbre cervicale jusqu'à la 1re lombaire, et transversalement depuis le bord externe d'une omoplate jusqu'au même point de l'autre côté. Cette ecchymose intéressait toute l'épaisseur du derme et le tissu cellulaire sous-cutané.

Crâne.—Ecchymoses très-multipliées, circulaires et de 2 à 3 lignes de diamètre, sous toute l'arachnoïde cérébrale entre cette membrane et la pie-mère. Cerveau de consistance normale, un peu de sérosité dans les ventricules latéraux.

Thorax.—Taches nombreuses, très-rapprochées et de la même étendue que celles du crâne, sous la plèvre costale et sous la plèvre pulmonaire, poumons sains. Ecchymoses rapprochées entre le péricarde et la surface du cœur, et dans l'intérieur de ce dernier organe sous sa membrane interne.

Canal alimentaire. — Gencives saines, langue recouverte d'un enduit noir et épais. Estomac distendu par une substance d'un brun foncé, qui présente l'aspect de sang épanché depuis quelque temps; la surface interne de l'organe présente un grand nombre de taches d'un rouge ponceau, fort rapprochées et fort irrégulières, la membrane muqueuse imbibée de sang; ces taches ne disparaissent pas par le lavage, la membrane qui les sépare est d'un blanc mat, qui tranche avec la couleur des taches, et donne à l'organe un aspect assez analogue, sauf la couleur, à la peau du tigre. Le duodénum, l'intestin grêle présentent peu de ces taches, et contiennent des matières bilieuses de couleur foncée; mais le gros intestin est distendu par du sang noir, coagulé et altéré, qui constituait les matières rendues par les selles; dans cette portion du tube, les ecchymoses sont nombreuses, plus rapprochées et d'une plus grande étendue que celles de l'estomac. Le tissu cellulaire sous-péritonéal, tant du côté des muscles que du

côté des intestins, contient aussi beaucoup de taches semblables à celles qu'on a remarquées sous les autres séreuses. La vessie contient de l'urine limpide.

Cette observation n'a de remarquable que le nombre extrême des ecchymoses, surtout dans l'intérieur du canal alimentaire, où leurs dimensions variaient beaucoup et étaient généralement plus grandes que celles qui se trouvaient sous les séreuses, Ces dernières taches étaient bien évidemment dans le tissu cellulaire sous-séreux, car à plusieures reprises nous avons disséqué avec soin la membrane qui conservait son aspect naturel, et la tache restait dans le tissu cellulaire. La cause de cette affection est ignorée, car le malade assurait avoir toujours joui d'une bonne santé, et ne s'être jamais exposé à l'action des modificateurs de l'économie que l'on regarde comme déterminant ces sortes de maladies.

Obs. VIII — *Tumeur volumineuse dans l'abdomen, mort presque subite. Tubercules encéphaloïdes à différens degrés, développés dans le foie; séparation de l'un d'eux; hémorrhagie dans l'intérieur du péritoine.* — Bacchus (Michel) tailleur, âgé de 30 ans, est entré à l'hôpital le 30 avril 1835, pour une affection qu'on reconnut facilement être une maladie du foie. Il éprouvait depuis longtemps, et particulièrement dans le côté droit de l'abdomen des douleurs de nature très-diverse, qui se calmaient quelquefois spontanément dans le commencement de son séjour à l'hopital; mais on fut bientôt obligé de recourir aux préparations opiacées, qu'on augmenta graduellement. Le malade ne put donner aucun détail sur l'invasion de son mal ni sur sa durée. Dans la nuit du 25 au 26 mai, cet homme, qui depuis quelques jours était tourmenté par la diarrhée, se releva seul pour aller à la garde robe; il fit sans aucun résultat quelques efforts pour évacuer ; il se remit au lit et se sentit défaillir, depuis ce moment jusqu'à son décès qui eut lieu environ une heure après.

Nécropsie le 27 mai. — Habitude extérieure. — Emaciation considérable, légère coloration jaune de la peau. Abdomen tendu, donnant un son mat à la percussion dans presque toute son étendue (on n'a pas cherché à distinguer par ce moyen l'espace occupé par le foie dans le ventre); le son mat remonte du côté droit de la poitrine jusques sous le mamelon. A la pression on sent une tumeur dure, rénitente, assez égale, qui descend environ deux pouces au-dessous de l'ombilic, occupant tout le flanc droit, et s'étendant en remontant sous l'hypocondre gauche. Cette tumeur paraît être surmontée d'une autre, molle, de forme hémisphérique, faisant une saillie sans changement de couleur à la peau; cette seconde tumeur est située un peu à droite de la ligne médiane, et s'étend des cartilages des dernières côtes et de l'appendice xiphoïde jusqu'auprès de l'ombilic.

Lorsque l'instrument pénétra dans l'abdomen, il s'écoula avec impétuosité une grande quantité d'un liquide abondant et rouge : sa quantité peut être évaluée de trois à quatre pintes. La cavité étant ouverte entièrement, on vit que toute la capacité abdominale avait, pour ainsi dire, été envahie par le foie qui occupait les deux hypocondres, les régions épigastrique, ombilicale et hypogastrique, jusques vers la symphyse des pubis et la région iliaque droite. Les intestins étaient fortement déjetés à gauche sous le foie, et dans le bassin. La seconde tumeur dont il a été fait mention était formée par du tissu encéphaloïde ramolli, et le foie contenait un grand nombre d'autres tumeurs de même nature, de volume variable, depuis celui des deux poings réunis jusqu'à celui d'une petite noix. Les unes étaient situées à la surface de l'organe, d'autres tout-à-fait ensevelies dans sa substance. Deux contenaient des épanchemens sanguins assez récens, deux autres étaient pour ainsi dire, à l'état cru, toutes les autres étaient à un degré très-avancé de ramollissement. Le tissu hépatique

ne paraissait pas altéré, mais seulement comprimé. La vésicule était saine, et contenait de la bile sans aucun calcul. Le foie remontait beaucoup plus haut dans le thorax que la percussion ne l'indiquait. L'examen des parties fit voir qu'il allait jusqu'à deux pouces au-dessus du point correspondant au mamelon; mais le poumon, qui était sain mais comprimé et adhérent au diaphragme, se trouvait interposé entre le foie et les parois thoraciques, et descendait jusqu'au point où le son mat avait cessé.

Une des plus petites masses carcinomateuses, du volume d'une petite noix, située environ à la partie moyenne, entre l'ombilic et le milieu du bord supérieur de l'os coxal droit, paraissait détachée du tissu du foie dans environ la moitié de la surface par laquelle elle y était adhérente, et un caillot large d'un pouce, très-aplati et consistant, partait de cette espèce de déchirure, contournait la portion droite du foie, et s'étendait jusques dans le flanc droit où se trouvait encore du liquide rouge dont nous avons parlé. Le poids du foie séparé du reste de l'organe a été évalué à vingt livres au moins.

Le gros intestin présentait quelques traces de phlogose.

Il est évident que la mort presque subite du malade a été occasionnée par l'hémorrhagie qui a dû se manifester lors du détachement du petit noyau dont nous avons parlé; probablement le vaisseau qui s'est rompu aurait versé une petite quantité de sang dans l'intérieur de la tumeur, comme cela était arrivé dans deux autres masses, et que tout cela se serait borné là si la masse cancéreuse n'avait été, pour ainsi dire, arrachée par les mouvemens du malade et les efforts de défécation. Dans une autre hypothèse, on pourrait supposer que le besoin de rendre des excrémens a été provoqué par un commencement de syncope due à l'hémorrhagie qui s'était déjà établie; mais la diarrhée préexistante, mais l'état du malade qui était assez fort pour descendre seul du lit, et dont le malaise ne com-

mença qu'après les efforts qu'il fit; toutes ces circonstances prouvent que la première explication est préférable. Cette sorte d'hémorrhagie est très-rare, du moins quant aux résultats; et si les cancers du foie sont assez fréquens, ce n'est pas par hémorrhagie qu'ils causent la mort; et ici cela paraît évident; le caillot qui, du foie s'étendait dans le flanc, a permis de surprendre, pour ainsi dire, la nature sur le fait.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur le traitement des fractures non consolidées; par T. S. Kirkbride (1).

Obs. I.re — *Fracture non consolidée de la partie moyenne du corps du fémur; résection des extrémités des fragmens; guérison.* — John M'C., âgé de 26 ans, entra à l'hôpital de Pensylvanie, le 30 février 1833. Il n'habitait ce pays que depuis cinq ans, et avait toujours joui d'une bonne santé, à cela près d'une fièvre intermittente qui l'avait tourmenté pendant plusieurs mois, peu de temps après son arrivée de l'Irlande, son pays natal. En 1828, il eut deux ou trois côtes fracturées; en 1830, il éprouva le même accident à l'un de ses bras. Toutes ces fractures se consolidèrent régulièrement. Le 6 juillet 1832, il se trouva sous l'éboulement d'une levée de terre, de la hauteur de six pieds et demi. Il en résulta les lésions suivantes: fracture des deux fémurs, vers la partie moyenne de leur corps; fracture de la jambe droite, immédiatement au-dessous du genou; fracture de la rotule du côté droit; plaie considérable du périnée. On plaça chaque

(1) *The American Journal*, etc., novembre 1835.

cuisse dans des attelles qui n'avaient pas plus d'un pied de long, et la jambe fracturée fut laissée en repos sur des coussins. On examina les membres malades au bout de trois semaines, et les mêmes appareils furent appliqués de nouveau et conservés jusqu'au 1.er novembre. A cette époque, le fémur gauche était consolidé, mais avec chevauchement des deux fragmens l'un sur l'autre, et raccourcissement de deux pouces du membre; la rotule et le tibia étaient également consolidés; mais le fémur droit n'offrait aucune espèce de réunion. Le malade se décida alors à entrer à l'hôpital.

Le membre inférieur du côté droit était plus court que l'autre d'un pouce; les deux fragmens du fémur étaient mobiles et n'étaient point en contact; un cal très-volumineux, qui s'était formé au niveau de la fracture, s'opposait à leur rapprochement et produisait une difformité très-frappante. Le genou n'avait presque aucun mouvement. Jusqu'à ce moment le malade avait constamment gardé le lit; cependant sa santé était assez bonne.

L'opération fut pratiquée le 23 mars, par le docteur T. Harris. Après avoir fait les incisions qui étaient nécessaires pour mettre à nu les parties, il fut obligé d'enlever une masse volumineuse de matière osseuse de nouvelle formation, dont la présence ajoutait beaucoup aux difficultés de l'opération. Il réséqua ensuite avec la scie-à-chaîne, les bouts des deux fragmens, qui furent mis facilement en contact. Les bords de la plaie furent rapprochés, et le membre fut placé dans les attelles de Boyer modifiées par Hartshorne. La plaie fut recouverte par un cataplasme. L'opération fut longue et douloureuse. L'appareil fut maintenu pendant trois mois. Après ce temps, on renferma la cuisse dans un appareil en carton mouillé et bien rembourré, qui se moula sur le membre et le maintint très-solidement. La plaie était entièrement cicatrisée le 1.er novembre. Vers le commencement du mois

de décembre, le membre était évidemment consolidé. Bientôt après, on permit au malade de quitter le lit et de marcher avec des béquilles, mais en conservant l'attelle de carton. Depuis ce moment, sa santé s'améliora, et la solidité de sa cuisse augmenta sans interruption, quoique lentement. Le 1.er mars 1834, il quitta l'hôpital pour aller à la campagne. Pendant son séjour à l'hôpital il avait eu huit ou neuf érysipèles, dont quelques-uns déterminèrent beaucoup de fièvre et agirent d'une manière fâcheuse sur la santé générale. Aucune parcelle d'os ne fut éliminée par la plaie.

Le 12 septembre 1834, le malade se présenta à l'hôpital. Sa santé était bonne ; il avait repris son embonpoint et ses forces ; sa cuisse paraissait très-solide, mais elle était moins forte que l'autre ; il ne se servait que d'une canne en marchant. Une semelle de liège d'un pouce d'épaisseur égalisait la longueur des deux membres ; le genou avait recouvré une partie de ses mouvemens. Depuis sa sortie de l'hôpital, il n'avait eu qu'un érysipèle.

Obs. II.e — *Fracture non consolidée des deux os de l'avant-bras ; résection des extrémités des fragmens suivie d'un succès incomplet ; emploi du séton ; guérison.* — Salomon M'D, âgé de 24 ans, entra à l'hôpital le 14 avril 1833. Il était cordonnier, et jouissait habituellement d'une bonne santé. En août 1832, se tenant auprès d'une roue à eau qui vint à se mouvoir accidentellement, il reçut un choc inattendu qui détermina plusieurs fractures à chacun des deux avant-bras ; du côté gauche, la fracture moyenne était compliquée ; les os faisaient saillie à travers les tégumens, de plus d'un pouce ; l'avant-bras droit fut tenu dans des attelles pendant deux mois ; les fractures de ce membre se consolidèrent, et il reprit peu-à-peu toute sa force. On ne se servit point d'attelles pour l'avant-bras gauche, qui fut laissé tranquille sur un coussin, pendant six mois, pendant lesquels on eut recours à des moyens très-variés

pour combattre l'inflammation, etc., etc. A cette époque, le malade commença à marcher. Des trois fractures de l'avant-bras gauche, la supérieure et l'inférieure étaient consolidées, mais d'une manière très vicieuse; celle qui occupait le milieu de l'avant-bras était entièrement mobile; la plaie était presque complètement cicatrisée; elle avait laissé sortir plusieurs pointes osseuses, mais aucun fragment volumineux. Quand le malade entra à l'hôpital, sa santé s'était assez bien rétablie, et il venait de faire 130 milles à pied. Son bras ne lui était d'aucun service; le radius et le cubitus étaient dans des rapports tellement vicieux l'un à l'égard de l'autre, qu'on ne pouvait recourir ni au séton, ni au frottement des deux fragmens l'un contre l'autre. La resection des extrémités des fragmens fut opérée par le docteur Harris, le 24 avril. Les productions osseuses qui s'étaient formées à l'entour de la fracture, et qui enveloppaient, en quelque sorte, les extrémités des fragmens, rendirent l'opération longue et douloureuse. Après la résection, les fragmens purent être mis dans une position convenable; on plaça le membre dans une attelle courbe; on prescrivit au malade de se promener en plein air; de temps en temps, à raison de l'exacerbation de l'inflammation locale ou du développement d'un érysipèle, il fallut enlever tout appareil, et se borner à laisser l'avant-bras tranquille sur un coussin. L'opération paraissait devoir amener un résultat satisfaisant, lorsque le malade quitta, malgré tout, l'hôpital, le 13 novembre. Sept ou huit semaines auparavant, le cubitus s'était trouvé parfaitement consolidé, de sorte que le malade pouvait élever l'avant-bras; les deux bouts du radius étaient en contact, et on aurait pu, sans doute, achever la guérison, en employant une pression convenable ou quelque caustique.

Après sa sortie de l'hôpital, il fut employé comme conducteur de bétail, en conservant les attelles dont on avait

entouré son avant-bras. Dans le commencement de juillet 1834, il tomba d'une haie, et rompit le cal nouvellement formé. Il souffrit pendant quelque temps de très-vives douleurs. Le 29 octobre, il entra à l'hôpital pour la seconde fois. Les deux fragmens du cubitus, de même que ceux du radius, étaient complètement mobiles l'un sur l'autre. Les bouts correspondans des os étaient arrondis par suite des mouvemens qu'ils avaient exécutés les uns contre les autres. Toutefois, les fragmens étant dans un rapport régulier, on se décida à employer le séton. En conséquence, le 2 novembre, le docteur Harris passa, entre les fragmens de chacun des deux os, plusieurs fils de soie réunis en un seul faisceau. Le 6 novembre, le malade, qui avait souffert beaucoup après l'opération, et qui avait eu la fièvre, se trouvait déjà assez bien. La plaie donnait issue à du pus; un commencement d'érysipèle avait été promptement et heureusement combattu, le 4, par une application de quarante sangsues. Le 18 décembre, commencement de consolidation du radius, mais non du cubitus; diminution de la plaie. Le malade portait l'avant-bras dans une boîte d'étain, et jouissait d'une assez bonne santé. Le 8 janvier 1835, on éprouva quelques difficultés pour maintenir en contact les deux fragmens; cependant on y parvint au moyen de compresses et d'une bande roulée. Dès-lors, toute tendance au déplacement disparut, et le cubitus commença à se consolider, de même que le radius. Le 19, la santé du malade n'était plus aussi bonne depuis une quinzaine de jours; visage pâle, diminution des forces, appétit presque nul, toux et diarrhée. Depuis le début de cette indisposition, la consolidation n'avait fait aucun progrès. On prescrivit un régime fortifiant, et du porter. Le 24, la diarrhée avait cédé. Le malade faisait usage de lait, d'alimens farineux, et de toniques doux. La toux persistait. Le 29, hémoptysie précédée par une sensation de plénitude dans la poitrine, et par une toux très-douloureuse.

L'hémorrhagie fournit une demi-pinte de sang. Le 30, affaiblissement considérable; pouls faible; peau fraîche; un peu de toux; visage pâle et anxieux. On prescrivit des ventouses sèches sur la poitrine, et une solution de morphine. Le 6 février, l'état du malade s'était considérablement amélioré; la toux était moindre; le pouls était plus fort; le radius paraissait moins solide que quinze jours auparavant. A partir de ce jour, le malade eut une autre hémoptysie, et fut tourmenté une couple de fois par la diarrhée; mais il ne tarda pas à se rétablir, et, bien qu'il eût perdu son embonpoint et une grande partie de ses forces, son appétit revint, et les os se consolidèrent de plus en plus. Le 27 mai on l'envoya à la campagne; les deux os étaient consolidés; il ne faisait plus usage de l'attelle depuis plusieurs jours; le dernier séton avait été enlevé près de trois semaines auparavant.

Obs. IIIe. — *Fracture non consolidée de l'humérus auprès de son col; guérison par le séton.* — John E., âgé de 24 ans, entra à l'hôpital le 10 mai 1834, pour une fracture non consolidée de l'humérus droit. Le 23 février 1833, dans une chute très-violente, il s'était fracturé l'humérus du côté droit, et les deux os de l'avant-bras. La fracture de l'humérus était oblique, et siégeait immédiatement au-dessous de la tête de l'os; l'autre fracture était située à la partie moyenne de l'avant-bras. Le bras fut placé dans des attelles, et fixé à la partie latérale du tronc, au moyen d'une bande roulée. L'avant-bras fut porté dans une boîte matelassée avec du coton. Au bout de deux mois, le malade pouvait se servir de son avant-bras; les attelles du bras furent conservées pendant six mois, et à cette époque on les enleva, dans la croyance que la fracture s'était consolidée. Cependant, le malade ne put faire aucun usage de son bras, et en janvier 1834 on lui conseilla de porter un séton, auquel, en effet, il eut recours. Au bout de huit semaines, voyant qu'il n'en résultait aucune amélioration, il

y renonça. Il ne fit plus rien, jusqu'au moment où il entra à l'hôpital.

D'après la position des cicatrices qu'on voyait sur le bras, il était évident que le séton n'avait été passé que sous les tégumens, et au moins à un pouce plus bas que la fracture. Les fragmens étaient mobiles l'un sur l'autre, et semblaient unis par un tissu ligamenteux. Le malade étant robuste et sobre, le docteur Harris résolut de recourir au séton. Le 17 mai, il fit une incision qui pénétra jusqu'à la fracture. Il traversa le tissu ligamenteux avec un instrument en acier muni d'un manche, et dans le canal qui en résulta, il introduisit entre les deux fragmens, un faisceau de fils de soie qu'il avait préalablement passés dans le chas d'une longue aiguille à séton. L'opération fut promptement faite, et ne présenta d'autre obstacle que la ligature d'une couple de vaisseaux qui furent ouverts au moment de l'incision. Dans la soirée, il y eut une hémorragie considérable. Le 18, hémorrhagie nulle; douleur; fièvre; constipation. On prescrivit une demi-once de sulfate de magnésie. Le 22, amélioration; absence de fièvre; douleur modérée; appétit médiocre; selles régulières; la suppuration s'était établie, et l'on agitait le séton chaque jour. Des cataplasmes étaient entretenus sur le bras. Dans la soirée, frisson suivi de fièvre et de nausées. On prescrivit cinq grains de calomel. Le lendemain matin, on administra de la poudre de Sedlitz. Le 23, érysipèle du bras; pouls fréquent; peau chaude; langue sale. On prescrivit une mixture avec les sels neutres, à la dose d'une demi-once toutes les deux heures, et l'on appliqua un mucilage froid sur la peau enflammée. Il y eut plusieurs selles abondantes. Le 24, extension de l'érysipèle; fièvre; langue chargée. On appliqua cinquante sangsues, et l'on traça une ligne au-dessus et au-dessous de l'érysipèle, avec le nitrate d'argent, dans le but d'en arrêter les progrès. On prescrivit en outre, trois grains de mercure pour chaque soir. Le

25, l'inflammation érysipélateuse n'avait pas dépassé la ligne tracée avec le caustique. Un vaisseau, situé profondément dans la plaie, ayant donné du sang, le malade en perdit une demi-chopine avant qu'on pût en découvrir la source. L'hémorrhagie fut arrêtée au moyen d'une pression qui fut exercée sur les deux côtés du bras, ce qui fit suspendre les applications locales. Le 27, les compresses ayant été enlevées pour permettre au pus de s'échapper, l'hémorrhagie ne se renouvela point. L'érysipèle avait dépassé, en haut et en bas, la ligne tracée avec la pierre infernale; pouls de force médiocre, à 80; langue se nettoyant; peau fraîche; selles; absence d'appétit. On prescrivit 4 grains de sulfate de quinine par jour, un régime plus nourrissant, et la continuation des applications mucilagineuses. Le 31, quoique l'érysipèle se fût un peu étendu, cependant l'état du malade était plus satisfaisant. Le 4 juin, le malade se promenait dans les salles; l'appétit et les forces s'étaient améliorés; la rougeur de la peau avait entièrement disparu; le séton était mu chaque jour; la plaie suppurait abondamment. Le 28, il y avait évidemment un commencement de consolidation; la tête de l'humérus suivait les mouvemens imprimés au fragment inférieur. Le bras fut entouré par quatre attelles solides. Le séton fut enlevé le 3 août. Il s'était déposé une grande quantité de matière osseuse à la partie interne de l'humérus, dans l'endroit où l'on avait fait passer le séton. Les attelles furent abandonnées le 6 septembre; le 15 du même mois, l'humérus paraissait très-solide; les muscles recouvraient chaque jour la faculté de se contracter qu'ils avaient perdue par suite d'une longue inaction. Le deltoïde, qui était considérablement atrophié au moment de l'entrée du malade, n'avait recouvré qu'une petite partie de ses mouvemens. Le malade fut renvoyé le 29 octobre; son bras était très-fort, et tous les muscles agissaient normalement, excepté le deltoïde, dont l'état s'était peu amélioré.

Obs. IVe. — *Fracture non-consolidée du tibia et du péroné ; résection d'une portion du corps du péroné et des aspérités des fragmens du tibia ; guérison.* — Félix L., ouvrier, âgé de 30 ans, entra à l'hôpital le 1er août 1834, pour une fracture non-consolidée des os de la jambe. Sa santé avait été généralement bonne, et sa conduite régulière. Le 24 juillet 1833, il eut la jambe gauche fracturée par une charrette ; la fracture était compliquée ; le tibia faisait saillie de près d'un pouce à travers les tégumens. Le membre fut placé dans des attelles pendant cinq mois. Il se forma une vaste ulcération ; des portions du tibia s'exfolièrent ; mais aucune consolidation ne s'établit. Le membre se raccourcit, et devint douloureux de temps à autre ; la plaie se cicatrisa ; le malade put marcher avec des béquilles, et dans cet état, il vint à la ville et se confia aux soins du docteur Barton. Lorsque le malade entra à l'hôpital, il résulta de ses récits et de l'examen du membre malade, que la fracture du tibia avait son siége à deux pouces et demi au-dessus de son extrémité inférieure, que la fracture avait été oblique et qu'une portion considérable de l'os s'était exfoliée, que la fracture du péroné avait également été oblique et avait son siége immédiatement au-dessus de l'articulation. Après l'accident, le fragment supérieur du péroné avait glissé de haut en bas, en dehors du fragment inférieur, de manière à simuler la malléole externe, à un examen superficiel. L'os avait été fixé dans cette position par une substance ligamenteuse très-solide, avant que l'exfoliation du tibia se fût opérée; de sorte que les fragmens de ce dernier se trouvaient largement séparés l'un de l'autre, et la formation d'un cal osseux était rendue impossible.

On essaya l'application de la potasse caustique sur les points les plus rapprochés du tibia ; mais ce fut sans succès, à cause de l'intervalle qui séparait les deux fragmens. Il ne restait donc plus qu'à enlever une quantité suffisante

du péroné pour permettre aux deux fragmens du tibia d'arriver au contact. L'opération fut faite le 25 novembre ; les os étaient en effet disposés ainsi qu'on l'avait cru reconnaître. Le tibia fut d'abord découvert ; on enleva les aspérités que présentaient les deux surfaces de la fracture, afin d'obtenir un contact parfait. Cette partie de l'opération permit d'apprécier l'étendue dans laquelle il fallait raccourcir le péroné pour permettre ce contact. Ensuite, on divisa le tissu ligamenteux qui unissait les deux fragmens du péroné, on attira en dehors le fragment supérieur, et l'on en reséqua un pouce et demi. On put alors mettre en contact convenable les deux portions de chacun des deux os. On n'eut pas besoin de lier un seul vaisseau. Les parties furent exactement rapprochées et maintenues avec des agglutinatifs et une bande roulée ; la jambe fut placée sur un coussin dans un appareil à fracture. Le lendemain matin, un cataplasme fut appliqué sur la plaie. Pendant trois ou quatre jours, il y eut un peu de fièvre, avec anorexie, gonflement et douleur peu intense de la jambe. Le 3 décembre, persistance du gonflement, augmentation de la douleur, suppuration abondante, appétit ; le membre était maintenu dans un repos parfait ; on continuait l'emploi des cataplasmes ; le malade était à un régime nourrissant. Le 18, la plaie était presque guérie ; une petite collection purulente, qui s'était formée à la partie externe de la jambe, dût être évacuée au moyen d'une incision ; les os étaient en contact ; la santé générale était bonne et la douleur presque nulle. Le 8 janvier 1835, on observa un commencement de consolidation dans le péroné ; quelques esquilles ont été éliminées par la plaie, elles provenaient du tibia. Le 24, érysipèle de la jambe, peu étendu, et déterminant des symptômes généraux peu graves. Le 6 février, le péroné était consolidé ; point de réunion pour le tibia ; les plaies sont en voie de cicatrisation. Le membre fut enveloppé dans des attelles de carton. Vers la

fin du mois de février, on donna au malade un soulier à talon haut, afin de rendre les deux jambes d'égale longueur; et le membre étant bien maintenu dans des attelles de carton, appliquées mouillées et devenues solides en se desséchant; on prescrivit au malade de marcher avec précaution, dans le but de hâter la formation de matière osseuse. Le 29 mars, il marchait dans les salles avec l'aide d'une canne. Il quitta l'hôpital le 11 avril, pour aller à la campagne. Jusqu'à ce jour, il avait gagné chaque jour de la force et de la facilité à marcher. Cependant l'union du tibia n'était pas encore solide; les attelles de carton avaient été enlevées avant son départ de l'hôpital. Le 17 août, le malade, après avoir passé plusieurs semaines à la campagne, avait repris ses occupations et marchait sans aide. La consolidation s'était constammeut raffermie de plus en plus; point de douleur, si ce n'est après un exercice trop violent; santé satisfaisante. —L'articulation du coude-pied est restée en grande partie ankylosée. Quant au raccourcissement inévitable de la jambe, on y remédie facilement au moyen d'une semelle de liège.

Obs. V.ᵉ — *Fracture non consolidée du fémur, à trois pouces au dessous du grand trochanter; résection des extrémités des fragmens; mort le 16.ᵉ jour; abcès métastiques des poumons.*—Benjamin W., âgé de 24 ans, entra à l'hôpital de Pensylvanie, le 14 février 1834, pour une fracture non consolidée du fémur. Cet homme était petit, mais musculeux; il avait joui d'une bonne santé pendant les deux ou trois années qui avaient précédé son accident. A une époque plus reculée, il avait été tourmenté par des fièvres intermittentes, mais jamais il n'avait été sujet à des maladies des organes thoraciques. Le 23 août 1832, il fut renversé par un éboulement de terre qui produisit, outre plusieurs graves contusions, une fracture oblique et comminutive du fémur, avec raccourcissement et déformation considérable du membre. D'abord, on mit le

membre dans des attelles, qui furent enlevées au bout de six semaines, parce que l'on croyait que la réunion était parfaite. Le malade commença alors à marcher avec des béquilles; les orteils du membre malade appuyaient seuls sur le sol, et l'on reconnut bientôt que la fracture ne s'était pas consolidée. Après avoir été soumis plusieurs fois à une extension violente, le membre fut de nouveau placé dans des attelles ou dans un autre appareil analogue pendant fort long-temps, mais également sans succès. Ce long traitement avait altéré la santé générale; mais le malade, s'étant promené au grand air avec des béquilles, ses forces et sa santé se rétablirent.

Le docteur Hewson fit la résection des extrémités des fragmens, le 4 mars. A raison du siége élevé de la fracture et de la situation profonde de l'os, il fallut inciser les parties molles dans une étendue de plusieurs pouces. L'état de l'os, qui était fracturé comminutivement, et la grande quantité de matière osseuse qui s'était formée, rendirent l'opération longue, difficile et même dangereuse, à cause de l'étendue des parties qu'il fallut diviser, et du peu d'intervalle qui séparait quelques-uns des fragmens des gros vaisseaux de la cuisse. Cependant, avec de grands soins et en se servant habilement de la scie à chaîne et de divers autres instrumens fabriqués exprès pour l'opération, on enleva toutes les saillies osseuses qui pouvaient s'opposer à ce que les fragmens fussent mis en contact. Après avoir placé les fragmens dans une position convenable, on maintint les tégumens rapprochés au moyen de la suture interrompue, on recouvrit la plaie avec des agglutinatifs et un bandage approprié, excepté à sa partie inférieure où on laissa pendre la charpie qui y avait été introduite, afin d'assurer une issue facile au pus. Le membre fut placé sur un coussin et soutenu par un double plan incliné.

Le malade supporta avec un grand courage cette longue et douloureuse opération. Il était de bonne humeur lors-

qu'on le replaça dans son lit. Il n'avait perdu qu'une petite quantité de sang. Il dormit peu. Cependant il ne se plaignit pas d'avoir passé une mauvaise nuit. On fit construire un appareil qui, tout en maintenant solidement l'os fracturé, permit de panser la plaie sans déranger ce dernier. Le lendemain du jour de l'opération, le pouls avait quelque fréquence ; la peau était chaude ; la langue humide et légèrement chargée ; le moral était dans un état satisfaisant. On prescrivit une mixture dans laquelle entraient une demi-once d'un sel neutre et un douzième de grain d'émétique à prendre toutes les deux heures. Une grande partie de la plaie se réunit par première intention ; l'appétit devint très-bon, et tout alla bien jusqu'au 15. A cette époque, il eut des frissons suivis de chaleur et de sueur, qui se renouvelèrent le lendemain soir ; la peau et la conjonctive présentèrent une teinte jaunâtre ; le pouls devint faible et alla jusqu'à 150 ; la langue se chargea, le pus prit un aspect moins favorable.

L'état du malade déclina rapidement ; il se manifesta des symptômes graves du côté de la poitrine ; la suppuration prit un caractère de plus en plus mauvais, la plaie se flétrit ; le malade mourut le 20.

Autopsie 21 heures après la mort. — La portion de tégument qui s'était réunie s'était décollée, et l'ulcération présentait une surface noire et flétrie. Les deux fragmens du fémur étaient en contact ; il s'était formé le long du fragment inférieur une collection purulente qui s'étendait à deux pouces et demi du gènou. Dans presque toute cette étendue l'os était dénudé, raboteux, et en partie environné par le pus. On découvrit trois esquilles complètement détachées du corps de l'os ; on ne trouva point de pus dans les veines, mais on y trouva du sang coagulé et un liquide brunâtre et sanieux. Du côté de la poitrine on trouva des traces de pleurésie ; la surface du lobe inférieur de chacun des deux poumons présentait un grand nombre

de tumeurs arrondies dont la plus volumineuse était grosse comme une noix, et dont quelques-unes présentaient une coloration jaunâtre. En incisant le poumon, on vit que ces tumeurs étaient produites par des masses arrondies répandues en grand nombre dans son épaisseur. Ces masses offraient plus de dureté que le tissu environnant qui était infiltré de sang noir et plus dense qu'à l'ordinaire. Elles présentaient des aspects divers. Quelques-unes étaient brunâtres, ressemblant au tissu du foie ; d'autres étaient plus foncées et exhalaient une odeur de gangrène ; plusieurs étaient parsemées de points jaunâtres, et enfin un certain nombre étaient entièrement converties en pus liquide. Une fausse membrane, qui était très-distincte dans les dernières, l'était beaucoup moins dans celles qui sont citées auparavant ; elle n'était pas du tout appréciable dans les premières. On trouva quelques-unes de ces collections dans la partie postérieure du lobe supérieur, mais non à sa partie antérieure.

Les observations qu'on vient de lire sont intéressantes, et parce qu'elles donnent une idée des ressources de la chirurgie dans des cas pour lesquels on ne croyait avoir d'autre moyen que l'amputation, et parce qu'elles offrent une grande variété sous le rapport du siége et de toutes les autres circonstances de la fracture.

Le sujet de la première observation était un ouvrier bien portant, chez qui la non-consolidation du fémur ne pouvait être attribuée qu'au traitement mal dirigé qu'on lui avait fait subir. La résection des extrémités osseuses, proposée pour la première fois par M. White, est si douloureuse et accompagnée de tant de dangers, surtout à la cuisse, qu'on ne doit y recourir que lorsque tout autre moyen est inadmissible. Ce n'est que dans la conviction où l'on était que seule elle offrait des chances de succès, qu'on se décida à la pratiquer chez ce malade. En effet, les rapports des fragmens, les végétations osseuses, etc.,

ne permettaient d'employer ni le séton, ni le frottement, ni la compression. Pendant le traitement, le malade fut fréquemment tourmenté par des érysipèles qui parurent retarder la guérison. Celle-ci fut complète; mais elle ne fut parfaite qu'au bout de treize mois.

Tous les malades soumis à cette opération, à notre connaissance, ont eu, comme celui-ci, des érysipèles fréquemment répétés, à l'exception d'un seul qui est mort très-promptement. Le même fait a été noté dans la plupart des observations de ce genre.

Dans le second cas, tout porte à croire que l'opération aurait eu un plein succès, si le malade avait eu la patience de rester assez long-temps à l'hôpital. Là aussi la résection était le seul moyen à employer. La santé du malade s'altéra pendant quelque temps à l'hôpital; et, pendant tout ce temps, le cal qui commençait à se former, loin de se consolider, perdait chaque jour de sa solidité. Quand la santé générale se rétablit, la consolidation commença de nouveau à faire des progrès réguliers. Ce malade fut atteint plusieurs fois d'érysipèle. Dans les cas de ce genre, une forte application de sangsues réussit très-bien à arrêter les progrès de l'érysipèle; quand ce moyen ne suspend pas promptement l'affection de la peau, il produit le plus souvent une amélioration marquée. Cependant quelquefois il ne produit aucun bon effet.

Dans le troisième cas, le tissu fibreux qui unissait les fragmens s'opposait à l'emploi du frottement. L'opération imaginée par le docteur Physick était pleinement indiquée et fut pratiquée avec succès par le docteur Harris. Ce malade n'eut qu'un érysipèle, mais il fut très-intense. Il ne céda ni à l'application des sangsues, ni à la cautérisation avec le nitrate d'argent sur la partie saine de la peau, dans le but de circonscrire la maladie. La consolidation de la fracture parut en être favorisée; l'érysipèle aurait agi dans ce cas à la manière des vésicatoires qui ont été conseillés.

pour les cas de ce genre. C'est ainsi que, dans un cas de fracture du fémur, qui fut traité dans le même hôpital, et dans lequel, pour hâter la formation du cal, on appliqua le cautère actuel sur le siége de la fracture, l'os devint solide peu de temps après, bien que ce moyen eût développé une inflammation intense.

Chez le malade de la quatrième observation, une portion du tibia s'étant exfoliée, le fragment supérieur du péroné était venu se souder par un tissu fibreux avec le fragment inférieur. Il n'existait donc qu'un moyen d'obtenir le contact des fragmens du tibia ; c'était d'enlever une portion du péroné. Ce dernier os fut consolidé un peu plus de deux mois après l'opération. Le tibia fut beaucoup plus lent à se souder. C'était le cas d'employer le frottement, à la manière indiquée par M. White. En conséquence, le membre étant renfermé dans un appareil de carton moulé sur lui et très-solide, le malade se livra à la marche avec précaution. Au bout d'un mois, tout appui était devenu inutile.

Le cinquième cas offrait des difficultés immenses, à raison du siége de la fracture, du grand nombre d'esquilles, des végétations osseuses irrégulières, etc. On exposa au malade la longueur de l'opération, les souffrances qu'elle entraîne et tous les dangers dont elle est accompagnée. Mais l'état de la cuisse était tellement pénible pour lui, qu'il consentit à subir toute espèce de chance pour améliorer sa position. Jusqu'au 11.e jour après l'opération, tout alla extrêmement bien. Ce jour là, tout changea d'aspect. Il survint de l'agitation et des frissons irréguliers ; le malade se désespéra et devint anxieux ; le pouls prit de la fréquence ; la peau, d'abord légèrement jaune, fut en peu de jours d'un jaune de safran ; l'appétit devint nul ; la respiration se troubla. Enfin tous les symptômes qui annoncent la formation des abcès métastatiques, se manifestèrent.

Pendant le séjour de ce malade à l'hôpital, tous les blessés et tous les opérés présentaient, d'une manière épidémique, une grande disposition à la gangrène.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie pathologiques.

Etat des artères sur un sujet chez lequel les deux artères iliaques externes anévrysmatiques avaient été liées; *par John Torbet.* — David Cumming, atteint d'un double anévrysme aux deux artères iliaques externes, fut opéré par le docteur Tait, qui lia ces deux artères. Les détails de l'opération et ses résultats sont rapportés longuement dans l'*Edinburgh med. and surg. Journ.*, T. XXVI, p. 92 (juillet 1826). La santé de David Cumming resta assez bonne jusqu'à l'hiver de 1830-31. Cependant il toussait toujours plus ou moins pendant les mois d'hiver, et en tous temps sa respiration devenait gênée lorsqu'il montait un escalier ou lorsqu'il prenait de l'exercice. Ses jambes étaient toujours plus ou moins enflées, mais il pouvait, la plupart du temps, marcher et se livrer à ses travaux favoris. Dans l'hiver de 1830-31, la toux et la dyspnée furent plus intenses qu'à l'ordinaire. Vers le printemps, il se manifesta des symptômes d'hydropisie générale; pendant l'été, son état alla en s'aggravant, et il mourut le 15 septembre 1831. — L'examen des artères qui avaient été liées ne paraît pas avoir été fait d'une manière tout-à-fait complète. Les membranes des deux artères, dit le docteur Torbet, étaient indurées et parsemées de plaques ostéomateuses, surtout à leurs bifurcations. Les deux tumeurs anévrysmales étaient considérablement revenues sur elles-mêmes, et complètement imperméables, mais elles étaient solides, très-dures, et ressemblaient à du cuir desséché ou à du cartilage. — L'artère iliaque externe du côté droit avait conservé sa cavité dans l'étendue d'un pouce et demi, à partir de son origine, puis elle devenait ligamenteuse et imperméable. A deux pouces environ de la bifurcation de l'iliaque primitive, on reconnaissait facilement, à une nodosité très-distincte, le point où la ligature avait été appliquée; au-dessous de ce point l'artère redevenait perméable et avait été injectée par l'intermédiaire de l'artère épigastrique.

Vers cet endroit, la circonflexe iliaque était également libre, et avait reçu l'injection qui, du tronc de l'iliaque externe, avait passé dans sa cavité. A une petite distance de cette portion perméable, commençait le sac anévrysmal, qui était complètement imperméable. Au-dessous de lui, des branches considérables, qui s'anastomosaient avec les branches des artères pelviennes et fessières, s'ouvraient dans l'artère fémorale où elles avaient versé la matière de l'injection. L'artère iliaque externe du côté gauche présentait exactement la même disposition. (*The Edimb. med. and surg. Journ.*, T. XLIV, p. 102).

Pathologie.

Notice sur la clinique médicale de l'Université de Heidelberg, pendant les années 1832-33 et 34; *par le docteur Puchelt.* — Après avoir jeté un coup-d'œil général sur le nombre des malades traités à l'hôpital, en ville ou à la consultation, formant, pour les trois années, un total de 3,328, sur lesquels 145 morts, l'auteur donne le tableau des différentes maladies observées pendant cet espace de temps, puis fait connaître mois par mois la constitution atmosphérique et les affections les plus fréquentes. Il entre ensuite dans des développemens assez étendus sur les bruits du cœur. Ces considérations nous semblent assez intéressantes pour être rapportées avec quelque détail, aujourd'hui surtout que l'attention est généralement éveillée sur ce sujet, et qu'aucune des théories émises jusqu'à présent ne paraît assez satisfaisante pour être universellement admise à l'exclusion de toutes les autres.

Dans un troisième article relatif à la *pleuropneumonie*, l'auteur entre dans des considérations généralement connues en France depuis les travaux de Laennec, Andral. Contrairement à l'opinion du premier de ces deux observateurs qui admet trois variétés de cette affection, savoir : 1° une pneumonie primitive avec pleurésie subséquente; 2.° une pleurésie avec pneumonie intercurrente; 3° enfin une inflammation simultanée du poumon et de la plèvre commençant en même temps et poursuivant ensemble leur marche, le professeur allemand réserve le nom de pleuro-pneumonie exclusivement à cette dernière affection. Ses remarques sur les causes de cette maladie et le diagnostic de la pleurésie et de la pneumonie se succédant l'une à l'autre ne présentent rien de neuf. Il reconnaît la supériorité de l'auscultation sur les autres signes diagnostiques fournis par l'examen des symptômes fonctionnels et même par la percussion du thorax. Il se demande si le râle crépi-

tant, généralement attribué depuis Laennec à l'accumulation d'un liquide dans les vésicules pulmonaires, ne serait pas dû plutôt à un rétrécissement de ces mêmes cellules; et il exprime l'opinion que la pneumonie commence dans le tissu cellulaire dont la tuméfaction comprime les vésicules aériennes.

Quant à la pleurésie, il admet que l'exsudation de liquide dans les plèvres dépend, dans la majorité, mais non pas dans la totalité des cas, d'une inflammation de cette membrane. De plus il se demande si, dans toute pleurésie et toujours dès le début, cette exsudation s'opère, et pense qu'il peut exister des pleurésies sèches, comme il existe une période dans laquelle aucun liquide n'est encore épanché.

Passant ensuite à l'étude des cas dans lesquels l'inflammation du poumon et de la plèvre débutent en même temps, « Dans ces cas, dit-il, les signes des deux affections se manifestent à la fois; ainsi on observe à partir du premier, du deuxième jour, le râle crépitant et l'ægophonie. En outre ce rôle persiste plus long-temps dans le même lieu qu'on ne l'observe dans la pneumonie simple; l'hépatisation simple s'établit avec plus de lenteur. La même chose a lieu pour l'ægophonie, ce qui indique aussi que l'épanchement est plus lent à se former.

L'oppression que détermine la pleuropneumonie est toujours beaucoup plus considérable que dans la pneumonie simple; même lorsque cette dernière se termine d'une manière funeste, elle ne cause pas au malade autant de douleur, de dyspnée et d'anxiété que la pleuropneumonie, même celle qui doit guérir.

La durée de cette maladie dans les cas heureux comme dans les cas mortels, a été généralement plus longue que celle de la pneumonie simple. Un malade succomba au huitième jour, deux au quinzième, un au vingtième et un autre au vingt-huitième jour de la maladie. Ceux qui ont guéri n'ont pu quitter l'hôpital qu'au bout de cinq semaines.

En somme, il est mort 7 malades sur 20 pendant l'espace de trois années, tandis que la pneumonie simple n'a emporté que 2 malades sur 24.

Comme moyens thérapeutiques, les *saignées générales* ont eu surtout pour effet de diminuer l'oppression, mais ont paru généralement moins efficaces que les *applications de sangsues* sur la poitrine. Pendant le temps où les *évacuations sanguines* paraissaient indiquées, on a employé à l'intérieur le *nitrate de potasse* et le *sel ammoniac*; un grand nombre de malades guérirent pendant l'u-

sage de ces médicamens, sans qu'on puisse préciser quelle part ils avaient à la guérison.

Le *tartre stibié* n'a été administré que dans un seul cas et sans succès, sur un individu qui présentait des contre-indications à la saignée, et qui, à son entrée, avait déjà beaucoup d'oppression et un râle trachéal prononcé. Lorsque les évacuations sanguines ne produisaient plus aucun soulagement, ou ne pouvaient être continuées, on donnait dans la plupart des cas le *calomel* à la dose d'un grain toutes les trois heures. La salivation survint rarement, jamais d'une manière violente; souvent au contraire il s'établissait une diarrhée légère. L'influence de ce médicament sur la résolution de l'inflammation et la résorption du liquide épanché parut souvent évidente.

Le *camphre* était ordinairement administré lorsque les symptômes nerveux prédominaient, avec petitesse du pouls, refroidissement de la peau, délire etc., et dans quelques cas il était suivi de bons effets.

Enfin on appliquait dans tous les cas et assez largement les *dérivatifs* et les *irritans cutanés*, tels que sinapismes, vésicatoires entretenus assez long-temps; mais on n'y avait recours qu'après l'emploi des évacuations sanguines.

L'auteur donne ensuite l'histoire de la *Grippe* pendant l'année 1833. Dans un cinquième paragraphe, il entre dans quelques considérations sur le *croup vrai* et le *pseudo-croup*. Il rapporte ensuite deux cas de pneumothorax à la suite de la perforation de la plèvre par la matière tuberculeuse, et termine enfin par une observation curieuse de perforation spontanée de l'estomac, tracée par le docteur Abenheimer. Nous la donnons à part (*Medicinische Annalen.* Ier vol., 4e n^o.)

Le même numéro contient la description de la marche épidémique de la Dysenterie dans le grand-duché de Bade, depuis 1819 à 1835, par le docteur Ph. Fink.

Perforation spontanée de l'estomac. *Obs. par le docteur Abenheimer.* — Abraham Hocker, âgé de 21 ans, cordonnier, d'une complexion athlétique, et présentant tous les signes d'une santé florissante, était né d'un père bien portant, mort dans sa cinquantième année d'une maladie aigue de poitrine, et d'une mère épileptique encore vivante qui avait été atteinte de cette affection pendant sa grossesse et l'avait transmise à son fils. Les accès, fréquens dans son enfance et le jeune âge, devinrent plus rares ensuite et n'avaient aucune influence fâcheuse sur son intelligence et sa santé

qui, à part les maladies habituelles à l'enfance, n'avait jamais été altérée. Il était grand mangeur, et se gorgeait principalement de fruits; mais n'était pas adonné aux liqueurs alcooliques.

Le 28 septembre 1832, par un temps chaud, après avoir fait une excursion sur un lieu élevé, il avait bu plusieurs chopines de cidre et mangé une grande quantité de prunes. Pour s'en retourner et redescendre de la montagne, haute de 1800 pieds, il prit le chemin le plus direct par un sentier rapide qu'il parcourut en quelques minutes par bonds, pendant lesquels il se laissa volontairement tomber sur le siège à plusieurs reprises dans les endroits les plus escarpés. Mouillé de sueur et tremblant de tout son corps par suite des violentes secousses qu'il s'était données, il dévora, peu d'instans après son arrivée, un repas consistant en soupe, viande, mets farineux et fruits, et n'éprouva ce jour et le lendemain aucun dérangement dans son bien-être.

Le 30 septembre, il fit encore une course de deux lieues et mangea encore une énorme quantité de pain et de fruits.

Le jour suivant, il travailla comme de coutume; mais se plaignait plusieurs fois dans la journée d'une douleur sourde dans l'abdomen; les selles étaient encore régulières.

Le 2 octobre, dans la soirée, cette douleur devenant de plus en plus intense, il gagna sa chambre souffrant vivement et ne pouvant cependant s'empêcher d'emporter encore un gros morceau de pain. A peine couché, la douleur devint tellement atroce que ses cris non-interrompus rassemblèrent tous les gens de la maison autour de son lit.

Arrivé près de lui vers quatre heures, je le trouvai couché immobile sur le dos, accusant d'une voix plaintive et entrecoupée des souffrances insupportables dans toute la partie supérieure de l'abdomen. La figure était rouge, couverte de sueur ainsi que tout le corps; le pouls fébrile, plein, dur; la langue nette; le ventre tendu, tuméfié, excessivement douloureux sous la plus légère pression, principalement dans la région ombilicale. La respiration était accélérée, et les grandes inspirations augmentaient les douleurs abdominales. (Saignée de ℥ xvi; lavement de camomille, et à l'intérieur, toutes les heures, un grain de calomel avec un quart de grain d'opium).

Pendant et après la saignée, soulagement qui ne dura point; la nuit s'écoula dans l'agitation, l'insomnie et la souffrance.

Le 3, abdomen encore plus volumineux, excessivement douloureux, même sans pression, et rendant un son tympanique. Pouls plus

fréquent et plus dur. Pas de selles ni d'excrétion de gaz ; urine rouge ; soif pour l'eau froide. Du reste, même état que la veille. (Saignée de 24 ℥, suivie d'un soulagement moins marqué ; potion avec huile de ricin ʒ vj, et crême de tartre ℥ j. Lavemens vinaigrés).

Dans la soirée, les douleurs, la chaleur du ventre, la tension et le ballonnement allèrent toujours croissant. Une application de 25 sangsues sur l'hypogastre donna lieu à un écoulement de sang très abondant. On appliqua ensuite des cataplasmes de farine de lin et de camomille sans aucun soulagement. On prescrivit des lavemens aiguisés par du sel et du vinaigre, et l'on administra à l'intérieur une poudre composée de mercure doux, gr. ij ; jalap gr. iv ; sucre gr. v.

Le 4, dix paquets de cette poudre, pris d'heure en heure, n'avaient encore été suivis d'aucune selle ; aucune issue de gaz n'avait eu lieu par l'anus, malgré des éructations fréquentes par la bouche. Le malade était pâli et abattu, toujours immobile dans le décubitus dorsal ; le ballonnement du ventre s'était encore accru dans la nuit tellement que la percussion donnait un son clair exagéré jusque vers le milieu de la hauteur du thorax. Le volume du ventre égalait celui que présente une ascite considérable ; il était brûlant et les veines sous-cutanées commençaient à s'enfler. Dans les parties les plus déclives, on reconnaissait une fluctuation évidente.

On prescrivit deux lavemens d'eau froide, et l'on recouvrit tout l'abdomen d'applications froides fréquemment renouvelées ; mais employées sans succès pendant une heure et demie et devenues fatiguantes pour le malade, elles furent remplacées par des frictions d'onguent mercuriel. Par le conseil du docteur Puchelt, on y associa l'emploi de l'huile de ricin par cuillerées, d'heure en heure.

Apporté à l'hôpital dans la soirée, non sans beaucoup de souffrances qu'il ne pouvait s'empêcher de manifester par ses cris, le malade fut soumis à la même médication, en ajoutant aux lavemens vinaigrés quelques gouttes d'huile de croton.

Après une nuit passée au milieu de vives douleurs, le 5 au matin, le visage était altéré, les traits décomposés, l'œil mat, le pouls beaucoup plus fréquent, très-petit et facilement dépressible. La langue était peu chargée, et le malade accusait de l'appétit. On lui donna encore une potion camphrée, avec addition de quelques gouttes d'huile de croton. Vers dix heures il devint agité, et vers une heure il désira être placé promptement sur le bassin, pensant avoir enfin des selles. A peine y était il, qu'il pencha la tête et expira.

Autopsie, 26 heures après la mort. — Corps bien fait, fortement musclé. Taches cadavériques au dos et aux lombes. Abdomen volumineux donnant un son tympanique dans toute son étendue. Poitrine très-sonore dans toute sa moitié inférieure. Au premier coup de scalpel dans la cavité abdominale, il s'échappa avec bruit une grande quantité de gaz non fétide contenu dans le péritoine. Cette cavité était considérablement agrandie par le refoulement du diaphragme jusqu'à la partie moyenne du thorax.

Elle contenait trois à quatre chopines d'un liquide jaunâtre, non floconneux, sur toute la surface duquel nageait une huile reconnaissable pour être l'huile de ricin que le malade avait prise. Tout le canal intestinal était considérablement distendu par des gaz. La surface libre du péritoine était revêtue dans toute son étendue par une fausse membrane blanchâtre récente, d'environ une ligne d'épaisseur sur la paroi abdominale antérieure et sur le foie, d'une ligne et demie à deux lignes sur les intestins, et de deux à quatre lignes dans les intervalles des circonvolutions, qu'elle faisait adhérer par des espèces de ponts. Elle se laissait enlever facilement, et au-dessous d'elle on n'appercevait aucune injection vasculaire anormale, ou autre trace d'inflammation. La surface interne du canal intestinal était entièrement saine, et la membrane musculeuse très-développée. Le peu de matières qu'il contenait ne présentait rien de remarquable. L'estomac, de grandeur moyenne, revêtu dans toute son étendue de fausses membranes, avait une épaisseur de parois très considérable due au développement de la tunique musculeuse. A la partie moyenne de la face antérieure, existait une ouverture arrondie, à bords lisses, de la grandeur d'un noyau de cerise et traversant toute l'épaisseur des parois comme par un emporte-pièce. Au voisinage de la perforation, les parois de l'estomac étaient entièrement saines, sans injection, ni changement de couleur, de consistance ou d'épaisseur. La membrane muqueuse était normale dans toute son étendue, disposée légèrement en forme d'entonnoir près de l'ouverture indiquée, de sorte que celle-ci semblait un peu plus grande vue en dedans qu'en dehors. L'estomac ne contenait qu'une petite quantité de liquide. Sur le milieu de sa face postérieure, précisément en face de la perforation, se trouvait une plaque arrondie, de la grandeur d'une lentille, entourée d'une auréole d'un rose-lilas, de deux lignes de large, d'un rouge-foncé à la circonférence, d'un jaune paille à son bord interne, et blanchâtre dans le centre. Cette plaque était située immédiatement au-dessous de la séreuse, avait transformé la

membrane moyenne en une masse d'un jaune-paille, homogène, semblable à du suif, mais avait laissé la membrane muqueuse complètement intacte. A deux pouces plus loin se rencontrait une deuxième plaque en tout semblable à la première; tandis qu'à douze lignes au-dessous et à gauche, il en existait une troisième du volume d'un grain de millet, ayant également une auréole rougeâtre, un contour rouge-foncé, et un noyau cendré. Toutes ces plaques étaient recouvertes par la fausse-membrane, et ne furent découvertes qu'après que celle-ci avait été enlevée. Une autre plaque très-semblable aux deux premières, seulement plus petite, plus superficielle et moins arrondie, était située près du cardia, mais n'intéressait que la membrane séreuse et le tissu cellulaire assez abondant en ce point, et laissait les autres membranes intactes. Le cerveau et les organes thoraciques ne présentaient aucune altération.

L'auteur ajoute les réflexions suivantes :

« Il peut rester des doutes sur la manière dont s'est produite cette lésion de l'estomac et sur l'époque de sa formation. Ce qui me semble le plus probable, c'est que les secousses imprimées le 25 septembre à l'estomac rempli d'alimens, ont donné lieu à des ecchymoses au-dessous de la membrane séreuse, et que le sang extravasé s'est transformé plus tard en cette masse blanche décrite plus haut. Ce dépôt a peut-être suppuré, et donné lieu à la perforation. Celle-ci s'est probablement faite le 2 octobre, et l'épanchement des matières contenues dans l'estomac détermina les douleurs aiguës de l'abdomen, et l'inflammation du péritoine, dont les résultats consistaient dans l'exsudation trouvée à l'autopsie. Toutefois la mort ne survint qu'assez long-temps après. Sous le rapport des signes, deux choses me semblent très-remarquables : 1.° qu'il n'y eut jamais de vomissemens; 2.° que la perforation ne fut pas suivie aussitôt de collapsus, comme on le voit d'ordinaire, mais donna lieu d'abord à un état d'irritation. Le premier phénomène ne serait-il pas dû, dans toutes les perforations de l'estomac, à ce que les matières contenues s'échappent par cette ouverture anormale? Il s'en suivrait que, tant que les enfans atteints de ramollissement de l'estomac vomissent encore, la perforation ne serait point encore établie. — Après la perforation de l'estomac ou des intestins, on voit généralement survenir un collapsus avec petitesse du pouls, refroidissement de la peau, affaissement des traits, et cela est si ordinaire que, dans le cas présent où il survint un état d'irritation, on pourrait douter si la perforation

s'était déjà faite le 2 octobre ; et cependant toutes les circonstances forcent à l'admettre ainsi. Le début subit des plus vives douleurs, l'absence du vomissement, qui n'aurait certainement pas manqué dans un cas d'inflammation primitive de l'estomac, rendent cette opinion très-probable, et, pendant tout le cours de la maladie, on n'a remarqué en aucun moment un changement assez frappant pour indiquer une rupture de l'estomac. » (*Medicinische Annalen*, I.er vol., 4.e N.o)

Altérations pathologiques du pancréas ; *par le docteur Sym.* — Obs. I.re — *Tumeur médullaire du pancréas, avec gastrodynie, jaunisse et hydropisie.* — Une dame âgée de plus de 40 ans, nouvellement mariée, et qui, depuis long-temps, souffrait de l'estomac et des intestins, consulta le docteur Sym le 27 janvier 1829. Sa peau était fortement colorée en jaune. Elle éprouvait de vives douleurs et était tourmentée par des vomissemens, de la diarrhée et de la dysurie. Elle avait considérablemeut maigri ; ses traits étaient alongés et exprimaient l'anxiété. Pendant quelque temps les selles et les urines présentèrent une couleur à-peu-près naturelle ; mais vers le milieu du mois de février l'urine commença à tacher le linge, et les matières fécales se décolorèrent. La douleur devint alors plus concentrée, et se renouvela sous forme de paroxysmes semblables à ceux de la *gastrodynie.* Cette douleur, qui naissait dans l'épigastre, s'étendait en tournant autour du tronc, jusque dans le dos. Elle n'était point provoquée par une forte pression sur l'épigastre ; on ne percevait ni pulsation, ni tumeur dans cette région. La malade devint sujette à des attaques dans lesquelles elle était oppressée et défaillante. Les intestins étaient habituellement trop relâchés ; les plus légers purgatifs agissaient avec une grande énergie. Dans le mois de mai, les membres devinrent œdémateux, l'abdomen se tuméfia, et la couleur de la peau prit une teinte jaune-verdâtre. En juillet, on découvrit de la fluctuation dans l'abdomen, et l'œdème fit des progrès. En outre, le ventre était extrêmement distendu, surtout par de l'air ; la respiration était difficile ; le pouls petit ; la soif vive ; l'urine peu abondante. Le 28 de ce mois, la malade devint assoupie, commença à délirer, et elle mourut le 7 septembre.

Autopsie. — Emaciation extrême. L'abdomen, souple et moins volumineux que pendant la vie, contenait environ une pinte de sérosité jaunâtre. L'estomac et les intestins étaient distendus par des gaz. La vésicule était remplie par une bile noire ; le foie avait une teinte noirâtre. Le pancréas était transformé en une masse

plus grosse que le poing, lobulée, blanchâtre, offrant intérieurement la couleur et, dans plusieurs points, la consistance du cerveau, mais généralement plus dure. Elle renfermait dans son épaisseur plusieurs masses dures, mal circonscrites, qui, étant incisées, offraient une surface polie et uniforme où l'on ne voyait point les brides blanchâtres que l'on rencontre dans le squirrhe. La vésicule du fiel ayant été ouverte, on essaya de passer un stylet à travers le conduit cholédoque, dans le duodénum, mais ce canal était enveloppé dans la tumeur formée par le pancréas, et se trouvait complètement oblitéré. Tous les autres viscères de l'abdomen et ceux du thorax étaient sains.

Obs. II.e — *Squirre du pancréas; gastrodynie; diarrhée.* — Une femme mariée, âgée d'environ 30 ans, consulta le docteur Sym, le 24 avril 1830, étant dans le huitième mois de sa grossesse. Elle ressentait dans l'épigastre une douleur qui revenait par paroxysmes, comme la gastrodynie; bientôt après elle fut prise de diarrhée, et sa bouche devint douloureuse. Le 31 mai, elle eut des selles dysentériques, accompagnées de douleurs semblables à celles de l'enfantement; ces symptômes furent dissipés, dit le docteur Sym, par la poudre de Dower, et la malade accoucha d'un fils, le 9 juin. Après son accouchement, elle resta faible et tourmentée par la fièvre; elle ne nourrit point son enfant. Le 15 juin, diarrhée intense; selles très-fétides. Le 18, pouls filiforme, à 112; abdomen légèrement douloureux à la pression; selles nombreuses, brunes et fétides; paroxysmes de gastrodynie, très-fréquens; visage pâle; aphthes dans la bouche; grande prostration. Après le 23, les selles devinrent moins abondantes; mais la diarrhée persista malgré l'emploi de l'opium et de divers astringens. La mort arriva le 8 juillet.

Autopsie. — L'intestin était en général très-mince, mais dans quelques points, et en particulier dans une étendue de huit pouces, près de l'extrémité inférieure de l'iléum, la paroi intestinale offrait une épaisseur anormale avec ramollissement et rougeur de la membrane muqueuse, mais sans ulcération. L'extrémité arrondie du pancréas était très-volumineuse, et tout le viscère était dans un état d'induration remarquable. (*The Edinb. med. and surg. Journ.*, T. XLIV, p. 125).

Thérapeutique.

De l'emploi des émissions sanguines dans la fièvre scarlatine; *par Andrew Dewar.* — Le docteur Dewar ayant ouvert le corps

d'un enfant qui était mort de la fièvre scarlatine, et ayant trouvé presque tous les organes dans un état de congestion inflammatoire, a été porté à n'employer, dans le traitement de cette maladie, que les émissions sanguines à hautes doses. Après avoir développé les raisons pour lesquelles il s'est décidé à une telle pratique, et combattu la crainte mal fondée de nuire, en agissant ainsi, au développement régulier de l'éruption ; il cite plusieurs faits à l'appui de ces idées. Nous rapporterons seulement le suivant :

Observation. — Miss G., âgée de 13 ans, éprouva, le 30 mars 1834, de la langueur, de la douleur dans le dos, et un violent mal de gorge. Pendant la nuit, elle eut beaucoup de chaleur, et fut très-agitée. Le lendemain matin, il y avait un peu de délire. Le docteur Dewar la vit dans l'après-midi. La face était colorée, les yeux rouges; la malade s'agitait dans son lit ; on ne la retirait qu'avec peine de l'état de torpeur où elle était. Les mouvemens de la tête étaient difficiles ; le gosier était rouge, tuméfié et douloureux ; la peau était très-chaude; le pouls était fort, et à 125 ; son cou, sa poitrine et ses bras étaient recouverts par l'éruption de la scarlatine, qu'elle avait contractée par contagion. Après l'avoir assise sur son lit, on lui tira environ une livre de sang ; elle eut alors une syncope, et l'éruption disparut entièrement. Elle éprouva aussitôt un soulagement remarquable. Deux heures après, elle se leva sur son lit, et prit un peu de thé. A neuf heures du soir, on répandit sur elle, en forme d'affusion, un sceau d'eau tiède. Un bon sommeil succéda à cette opération. Le lendemain matin, le pouls était descendu à 90 ; le mal de gorge était considérablement diminué ; l'état général de la malade était très-satisfaisant ; l'éruption était à peine visible. Une cuillerée à café de sel d'epsom détermina une légère purgation. Dans la soirée, l'affusion tiède fut répétée. Le lendemain, elle était assez bien pour pouvoir quitter le lit. Elle prit du gruau et du thé avec une rôtie. On n'eut recours à aucun autre médicament, et, le cinquième jour de la maladie, elle put sortir de son appartement.

Depuis le 1.er juillet 1833, le docteur Dewar a donné des soins à 183 personnes atteintes de la scarlatine, et sur ce nombre il n'en a perdu que deux. Cet heureux résultat, obtenu dans un temps où la scarlatine était très-meurtrière, doit être attribué, suivant lui, à la promptitude et à l'énergie avec lesquelles il emploie la saignée générale. Le plus souvent il ne saigne qu'une fois, et il fait placer le malade horizontalement, afin d'éviter la syncope et de pouvoir tirer tout de suite la quantité suffisante de

sang. Sur les 183 malades cités, 147 ont été saignés. Chez tous ces derniers, l'éruption a été manifestement diminuée, et chez plusieurs elle a été enlevée pour ne plus reparaître. Cette pratique n'a jamais eu aucune conséquence fâcheuse ; la guérison a été constamment rapide. (*The Edinb. med. and surg. Journ.*, T. XLIV, p. 56).

DESCRIPTION D'UN INSTRUMENT POUR LA LITHOTRITIE; *par William Fergusson.* — Cet instrument n'est autre que le percuteur de M. Heurteloup modifié. « Avec le percuteur de M. Heurteloup, dit l'auteur, la force ne peut être appliquée sans un appareil compliqué; l'instrument de M. Ségalas, quoique supérieur au *percuteur*, n'est certainement pas plus puissant que le mien, et il est d'une application moins facile; celui de l'Estrange est exactement, si je ne me trompe, celui qui a été inventé par Weiss, il y a neuf ou dix ans, avec l'addition d'un stylet entre les mors, destiné à repousser les fragmens qui empêcheraient l'instrument de se fermer au moment où l'on veut le retirer. Mon instrument a sur les précédens l'avantage qui résulte d'une construction simple, d'une application facile, d'une grande rapidité et d'une grande puissance d'action. » Le malade est placé dans la position ordinaire du cathétérisme; après que la vessie a été distendue par un liquide, l'instrument est introduit et tenu à la manière d'une sonde. Dès qu'on a senti la pierre, la valve mobile de l'instrument est retirée en arrière à une distance proportionnée au volume supposé de cette pierre; ensuite l'instrument est porté un peu plus avant dans la vessie, et, en poussant en avant la valve mobile, on s'assure si la pierre a été saisie. Si la pierre a été saisie, on peut appliquer immédiatement la force destinée à la broyer. Quand la pierre a été brisée en plusieurs fragmens, on agit de la même manière pour chacun des fragmens. Il n'y a point de vis à lâcher ou à serrer. Les valves peuvent être écartées ou rapprochées en un instant, et la force peut-être appliquée, s'il est nécessaire, une douzaine ou une vingtaine de fois à divers fragmens, dans l'espace de quelques minutes. — Une planche, qui accompagne la note du professeur Fergusson, donne une idée de l'instrument qu'il préconise. (*The Edinb. med. and surg. Journ.*, T. XLIV, p. 80).

Toxicologie.

EFFETS TOXIQUES DU NITRATE DE MERCURE APPLIQUÉ EXTÉRIEUREMENT; GUÉRISON; *par le docteur Syme.* — James Maxwell, âgé de 35 ans, avait été admis à l'hôpital pour un rétrécissement de l'urètre, et

se trouvant complètement guéri, il se proposait de sortir le 30 mars 1835. Dans la soirée du 29, il pria un de ses voisins de lui faire des frictions sur la hanche et sur la cuisse du côté droit, avec de l'huile camphrée. Ce voisin se trompa de bouteille, et fit usage d'une solution de nitrate de mercure. Une vive douleur se fit sentir immédiatement; et, une heure après, il fut pris d'un violent frisson qui dura une demi-heure. A cette époque, il rendit avec facilité une grande quantité d'urine, présentant un aspect naturel. Pendant les cinq jours suivans, il n'urina pas une seule fois; le cathéter fut introduit plusieurs fois, et ne fit sortir rien autre chose que deux ou trois petites cuillerées d'un liquide muqueux sans odeur urineuse. Quelques gouttes d'urine vinrent dans la nuit du 5 avril, et la nuit suivante il en rendit une grande quantité. A partir de ce moment, cette évacuation reprit son cours normal. Le 5 avril, il avait été saigné, et M. Child avait reconnu dans le sérum du sang la présence de l'urée. L'escarre qui s'était formée était superficielle, mais très-étendue; elle laissa une plaie très-douloureuse qui se cicatrisa très-lentement. Le ptyalisme se manifesta le troisième jour, et fut très-abondant; le rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure se dénuda. Le malade but abondamment pendant la suppression de l'urine; il conserva sa connaissance, et resta calme sans aucune disposition au coma. Le pouls était plein et mou, donnant de 80 à 90 battemens. Les forces revinrent très-lentement; cependant il put quitter l'hôpital le 26 avril, et alla à la campagne où il s'est rétabli promptement.

Ce fait est intéressant sous plus d'un rapport. 1.° On y voit un sel de mercure appliqué extérieurement produire la suppression de l'urine, suppression qui a lieu également après l'ingestion, dans l'estomac, du sublimé à dose vénéneuse; 2.° la suppression d'urine n'était point accompagnée de coma; là guérison eut lieu après une suppression complète d'urine pendant cinq jours. (*The Edinb. med. and surg. Journ.*, juillet 1835, p. 26).

Académie royale de Médecine.

Séance du 26 janvier 1836. — Composition du 3.e fascicule du tome V des mémoires de l'Académie. — Ce fascicule sera entièrement composé d'un mémoire de M. Breschet, sur la *structure de l'oreille.*

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES SAIGNÉES. *Fin de la discussion.* — M. Bouillaud s'attache à démontrer contrairement à l'assertion de M. Louis, que M. Chomel a toujours professé que la durée du rhumatisme articulaire se prolongeait de 35 à 40 jours, si ce n'est peut-être dans sa dissertation inaugurale, où il est fait mention du terme de 18 jours. — M. Louis n'a eu en vue que ce passage de la thèse de M. Chomel. — M. Honoré revient sur les citations de divers auteurs anciens qui ont préconisé et pratiqué les saignées abondantes. Il attaque la proposition de M. Capuron, qu'aucun d'eux n'a saigné comme M. Bouillaud. Botal, (*De Curatione per sanguinis emissionem*, 1546), n'admet pas même l'anémie comme contre-indication de la saignée *copieuse*. Voici la formule de sa méthode, 1° une saignée de 2 livres et demie à 3 livres; 2° six heures après, seconde saignée d'une livre et demie; 3° six heures après, troisième saignée de 3 livres à 3 livres et demie. — Le lendemain, il recommençait, dans certains cas. Botal cite un praticien, qui, du premier coup, tirait 5 livres de sang. Il le blâme d'ailleurs : *Eo quòd*, dit-il, *maluerimus aliquo modo infrà subsistere, quàm* superflue *aliquid moliri.* — M. Capuron ne peut concevoir qu'on compare la méthode de M. Bouillaud, qui ne pratique que deux saignées modérées et applique des sangsues dans l'intervalle, à la méthode *atroce* de Botal, que la Faculté de Paris déclara dangereuse et *hérétique.* — M. Bouillaud repousse positivement l'analogie qu'on veut établir ici. La pratique de Botal était réellement *atroce*; ce qui explique pourquoi elle est tombée dans l'oubli, tandis que la sienne subsistera. — M. Castel, invoquant la nature complexe et incessamment variable des faits en médecine, ne peut comprendre qu'on veuille les étreindre dans des formules arithmétiques. Une statistique médicale se réduirait à quelques chiffres grouppés dans le quart d'une page ! On n'aurait rien fait de mieux! Jusqu'à nos jours les observations recueillies seraient nulles. ! M. Castel n'admettra jamais de pareilles prétentions. Cette méthode numérique serait tout au plus applicable à l'histoire des maladies épidémiques, qui, par suite du génie qui les domine, révèlent un caractère d'unité que leur imprime alors la neutralisation presque absolue de toutes les circonstances qui rendent habituellement si mobile le tableau des symptômes, telles que les causes prédisposantes, les constitutions individuelles, etc. Eh bien ! On rejette précisément les épidémies de la statistique pour l'appliquer exclusivement aux maladies intercurrentes. — M. Castel exige du moins qu'on apprécie les

chiffres. Ici, M. Castel revient sur la statistique que M. Bouillaud a établie dans les séances du 24 novembre et du 2 décembre, et d'où il résultait en définitive que pour la pneumonie traitée par la méthode des saignées coup sur coup, il n'est mort qu'un malade sur 23. M. Castel s'abstient de tout commentaire, mais il est plus explicite sur une dernière assertion de M. Bouillaud ; savoir, que les malades ont guéri, terme moyen, en quatre à cinq jours. M. Castel ne peut taire qu'il lui paraît impossible qu'une phlegmasie viscérale parcoure ses périodes dans un temps aussi court. — Quant à la nomination d'une commission, il s'y oppose formellement. Le rôle que ses membres seraient appelés à remplir est indigne de l'Académie, soit que simples copistes ils dussent subir l'autorité d'un médecin leur dictant ses opinions sans contrôle, soit que discutant les faits ils se trouvassent exposés à ce qu'on répudie leur tutelle. Une méthode vraiment bonne se proclame d'ailleurs et se soutient d'elle-même. L'enquête demandée serait humiliante pour les deux parties. On ne fait d'enquête que quand il y a quelque chose à justifier. M. Castel demande l'ordre du jour sur les conclusions du rapport de M. Capuron, et sur la discussion. De toutes parts, ordre du jour.

M. Bouillaud demande la parole pour un fait personnel. Il conçoit que M. Castel représentant le *passé*, et lui le *nouveau*, que tous deux suivant des lignes si divergentes, ils ne doivent jamais se rencontrer. M. Bouillaud s'appuie de l'autorité de Laplace pour soutenir l'utilité de la statistique à laquelle les *faits médicaux* se plient bien mieux que les *faits de morale* ou *d'économie politique*. En demandant avec instance une commission d'enquête, M. Bouillaud a voulu montrer à l'Académie qu'il n'avait pas lancé devant elle des questions hasardées, dans le but d'obtenir du retentissement au dehors. Il ne faut point une année d'observation pour cette enquête; trois mois suffisent pour se former, en suivant une clinique, des opinions arrêtées et consciencieuses. — La clôture demandée de toutes parts est prononcée malgré l'opposition de quelques membres. — M. Capuron relit les conclusions de son rapport. Elles sont adoptées. Ordre du jour sur le reste des débats.

—M. le docteur Jolly lit un mémoire intitulé : *De la volonté considérée comme puissance morale et comme moyen thérapeutique* Commissaires, MM. Esquirol et Virey.

— M. Jobert présente un homme qui, dans une rixe, a eu l'aile

et le bout du nez emportés par une morsure de son adversaire. M. Jobert a réparé la perte de substance à l'aide d'un lambeau de peau taillé dans la joue.

— M. le président annonce que M. Boisseau, membre de l'académie, professeur à l'école militaire d'instruction de Metz, est mort le 2 janvier.

Remèdes secrets. — M. Soubeiran, au nom de la commission des remèdes secrets, repousse comme ne méritant aucune attention du gouvernement, 24 nouveaux prétendus spécifiques. — M. Nacquart signale, à cette occasion, deux sortes d'abus également graves. Le premier, c'est que des médecins, même des membres de l'académie, portent souvent trop loin la bienveillance, et accordent avec une légèreté répréhensible l'autorité de leur signature aux *factums* du charlatanisme. Le second abus qui doit provoquer les réclamations de l'académie, c'est que des *brevets d'invention* sont délivrés chaque jour pour des arcanes médicamenteux dont l'usage peut être fort dangereux. L'académie, dépositaire et gardienne des lois et réglemens qui protègent la santé publique, doit revendiquer ses droits comme seul juge dans cette matière. Cette proposition, soutenue par M. Marc et M. Adelon, est renvoyée au conseil d'administration. —

Orthopédie. *Appareil de M. Hossard.* — M. P. Dubois lit le rapport que la commission, chargée de l'enquête sur les cures orthopédiques de M. Hossard, a définitivement adopté, et dont les conclusions sont celles déjà énoncées (séance du 12 janvier). Toutes les recherches ultérieures faites, tous les documens fournis, n'ont pu amener d'autres résultats, et s'il reste démontré que M. Hossard a trompé l'Académie en présentant comme n'ayant subi aucun traitement deux malades déjà traités à Angers, aucune preuve décisive n'a pu établir que la troisième n'ait eu qu'une déviation artificielle. Ainsi donc, la commission vote pour que l'expédition du premier rapport de M. Bricheteau soit faite, à condition que le présent rapport *d'enquête* y soit annexé, et que le blâme de l'Académie trompée par M. Hossard y soit expressément notifié.

Cette lecture est suivie d'une discussion qui emporte le reste de la séance sans se terminer. M. Maingault voudrait qu'on isolât la question scientifique de la question de personnes. Cette dernière n'est point de la compétence de l'Académie.

M. Lisfranc reproduit tous les argumens qu'il a déjà développés

contre les conclusions du rapport d'enquête dont il s'agit. M. Lisfranc revient surtout sur l'étonnement où il est du doute que conserve la commission relativement à la déviation factice de la troisième malade, présentée par M. Hossard; cependant il n'est guère possible de comprendre qu'une courbure de 17 lignes de flèche de la colonne vertébrale, et une claudication résultant d'un raccourcissement de deux pouces de l'un des membres inférieurs, puissent se dissimuler par des arrangemens de toilette, au point que 15 jours avant que cette espèce *de cul de jatte*, suivant l'expression d'un des commissaires, se présentât à Paris à l'examen de la commission; toutes les personnes en relation avec la malade n'avaient jamais vu en elle qu'une grande et belle fille *qui boitait seulement un peu après avoir beaucoup marché*, ainsi que cela appert des certificats fournis à Angers, même les plus favorables à M. Hossard.

MM. Sanson et Emery appuient fortement la motion de M. Lisfranc pour qu'aucune espèce de rapport ne soit expédié à M. Hossard qui bien évidemment se joue de l'Académie.

M. Husson ne nie point que M. Hossard ait trompé l'académie, mais il n'attache pas du tout à cette tromperie l'importance que ses collègues veulent en faire ressortir. Il s'agissait de constater des difformités bien évidentes, de juger par l'expérience acquise, de leurs degrés actuels et du temps approximativement nécessaire pour la guérison à l'aide des méthodes connues. C'est ce qu'a fait la commission, qui n'a, quoi qu'on ait dit, rien négligé pour s'entourer de toutes les données propres à l'éclairer sous ce premier point de vue. Il s'agissait ensuite de constater si réellement M. Hossard remplissait l'engagement qu'il prenait de guérir les malades dans un laps de temps donné, et plus court que celui exigé par les procédés ordinaires. C'est encore ce qu'a fait la commission avec autant de soins. Qu'importe maintenant que les sujets atteints des déviations aient été déjà soumis à un traitement à Angers, si telles qu'étaient encore ces déviations, elles ne devaient céder que beaucoup plus tard aux moyens usuels d'orthopédie? Quant à l'accusation portée contre M. Hossard, d'avoir provoqué artificiellement une déformation chez l'une des malades qu'il a présentées à l'académie, M. Husson ne peut croire à cette infamie. En tous cas, sous le rapport scientifique, le fait tournerait encore à l'avantage de la méthode de M. Hossard; car un moyen capable de produire une déviation aussi marquée sur une colonne vertébrale saine, ne serait pas moins puissant pour combattre une déviation naturelle.

M. Duméril a vu les malades présentées par M. Hossard à l'académie des sciences. Il a bien constaté l'énorme déviation et la claudication de la malade qui est l'objet de l'inculpation. M. Duméril ne cache pas qu'il a été très surpris de la voir si promptement rétablie.

Séance du 9 février. La discussion continue sur les cures orthopédiques de M. Hossard. Après un débat assez vif sur ce sujet, et malgré l'opposition réitérée de M. Lisfrane, la clôture de la discussion est prononcée ; M. P. Dubois relit les conclusions de son rapport, qui sont adoptées.

— M. Amussat présente une pièce anatomique, extraite du cadavre d'un enfant nouveau né, où l'on voit une imperforation du rectum avec ouverture étroite de cet intestin dans le vagin, monstruosité qui a entrainé la mort. M. Amussat rappelle à cette occassion l'opération qu'il a pratiquée avec succès dans un cas analogue, et qu'il a détaillée dans un mémoire lu à l'institut. La petite fille anglaise qui a subi cette opération, a maintenant cinq mois et se porte parfaitement bien.

ANUS CONTRE-NATURE. M. Velpeau montre à l'académie un homme qu'il a guéri d'un anus artificiel par la suture de son orifice externe. — Cet homme portait cet anus artificiel depuis trois ans, à la suite d'un étranglement avec gangrène d'une hernie inguinale. Il n'y avait point d'éperon. — En conséquence l'entérotôme devenait inutile. M. Velpeau aviva les bords de l'orifice et en fit la section. Pour faciliter la cicatrice, deux incisions profondes ont été pratiquées à 2 pouces de chaque côté de la plaie. Le succès est complet.

Séance du 16 février. EAU MINÉRALE DE LUDWIGSBRUNN. — Sur la demande du ministre, l'académie avait à repondre sur les propriétés médicales de cette eau minérale dont M. Viard fils veut établir un dépôt à Paris. — M. Pâtissier fait son rapport au nom de la commission. La source de Ludwigsbrunn est dans le grand-duché de Hesse, à trois-quarts de lieue de Friedberg, sur la rive gauche de la petite rivière de Nidda. L'eau de cette source est acidule, sensiblement saumâtre, mais sans amertume. M. Henry l'a soumise à l'analyse, qui a fourni, sur six livres d'eau, 16 grammes et demi de substances salines, et de l'acide carbonique libre ; produits déjà constatés par M. Tienermann, chimiste de Hanau, à cela près des proportions. L'eau de Ludwigsbrunn diffère peu des eaux de Seltz, de Vichy, de St.-Nectaire. D'après les expériences du doc-

teur Kopp de Hanau elle est efficace contre les aigreurs d'estomac, les flatuosités, la constipation, les affections graveleuses des reins, de la vessie, etc. Quoique ces observations demandent à être confirmées, la commission pense que la vente de l'eau de Ludwigsbrunn peut être permise. (Adopté.)

Larves d'insectes dans les évacuations alvines. — Une demoiselle de 18 ans, éprouvant des symptômes d'affection vermineuse, rendit une selle copieuse, provoquée par l'huile de ricin. Les lieux étaient situés dans un jardin. Les matières parurent immédiatement après, agitées par un mouvement intérieur qui étonne la malade. L'examen y fit découvrir une grande quantité de larves qu'un entomologiste crut reconnaître pour appartenir à *l'œstre de cheval* et à *l'œstre hemorrhoïdal.* M. Duméril, rapporteur de cette observation, a examiné ces larves qui se sont trouvées n'être que des larves de mouches qui s'amoncèlent communément sur les matières fécales, et qui ont été désignées sous le nom de *Musca serrata, Musca latrinarum, seu stercoraria* (Linnée). Ainsi ce fait doit être ajouté à beaucoup d'autres de même nature auxquels Rudolphi a consacré un chapitre, et qui ont été l'occasion d'erreurs non moins manifestes de la part d'hommes d'ailleurs éclairés, tels que Vanderlinden, Spigel, Sapoli, etc. M. Duméril ne nomme pas l'auteur de cette communication et propose, pour l'histoire de la science, le dépôt aux archives de l'observation et des rapports. Adopté.

Artériotomie. — M. Bouillaud fait un rapport sur un mémoire de M. Magistel, relatif à l'artériotomie. Ce mémoire est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur traite de l'opération en elle-même et de la manière de la pratiquer. Dans la seconde, il signale les cas où elle lui paraît utile. De l'exposé détaillé de l'anatomie chirurgicale de la région temporale, M. Magistel tire plusieurs conclusions dont les principales sont : que l'on peut couper l'artère sans atteindre même la lame musculaire ou l'aponévrose temporale ; que le tissu cellulo-adipeux ne peut s'opposer à l'écoulement du sang qui peut être considérable; enfin que les anastomoses rendent cette saignée déplétive à la fois pour les vaisseaux oculaires et auriculaires, et pour tout le système sanguin cérébral. — M. Magistel n'adopte point le procédé opératoire habituel, qui consiste dans une forte incision transversale fort douloureuse, qui a, en outre, l'inconvénient d'exposer ou à ne pas couper l'artère du premier coup, ou à couper jusqu'à l'os les fibres du muscle temporal. — Le procédé dont se sert M. Magis-

tel, et qu'il propose, consiste à pénétrer d'abord par ponction avec un bistouri étroit et légèrement courbé, à une ligne au-dessous de l'artère jusqu'à l'aponévrose. La pointe du bistouri tenu comme une lancette (en deuxième position), est ensuite portée sous le vaisseau obliquement d'avant en arrière et de bas en haut, puis dans un troisième temps d'élévation, on coupe en travers et de dedans en dehors l'artère et les tégumens. — M. Magistel préfère d'opérer sur la région temporale gauche. Si l'on opérait à droite, il faudrait se servir de la main gauche. — L'écoulement du sang est favorisé par des mouvemens de mastication, quand le malade peut les exécuter. — Si le sang sort en bavant, on aide son écoulement au moyen d'une carte pliée en gouttière. Une petite compresse carrée, épaisse d'environ quatre lignes, et convenablement serrée par quelques tours de bande, suffit pour arrêter le sang et obtenir la cicatrisation de l'artère. M. Magistel repousse le nœud d'emballeur qui devient un véritable supplice pour le malade. Si le malade en délire peut arracher le bandage, M. Magistel pratique deux points de suture, ou la ligature de l'artère, ou même sa torsion. En tous cas, le bandage devra rester appliqué pendant plusieurs jours. Le seul accident à craindre est une petite tumeur anévrysmale d'ailleurs extrêmement rare. M. Magistel n'en a vu qu'un cas sur un militaire. La compression fit disparaître la tumeur en moins de quinze jours. — M. J. Cloquet en a vu deux sur un malade opéré par Béclard, en deux endroits. Bolfinius a évidemment et considérablement exagéré, quand il dit que plusieurs opérés sont morts à la suite de ces anévrysmes. M. Larrey a vu souvent l'anévrysme, mais il l'a toujours vu guérir promptement par la simple compression. Quant à la névralgie due à la lésion des filets du facial, c'est une prévision qui ne s'est point encore réalisée. M. Magistel rapporte 23 cas où il a eu recours, avec succès, à l'artériotomie. Voici, en définitive, les conclusions de son travail. L'artériotomie sera le plus souvent efficace dans les plaies de tête avec commotion et compression du cerveau; dans l'apoplexie, dans les convulsions provenant de congestion cérébrale, dans l'ophthalmie, dans l'otalgie, dans les érysipèles de la face et du cuir-chevelu, dans l'encéphalite. D'un autre côté, l'artériotomie n'aura que peu d'action dans la manie, l'épilepsie, l'éclampsie, les névroses, les névralgies, les fièvres graves. — M. Bouillaud signale le mémoire de M. Magistel à l'attention de l'Académie. Les faits qu'il contient doivent ramener les praticiens à expérimenter un moyen thérapeutique énergique presque géné-

ralement abandonné sans raison suffisante. M. Bouillaud vote des remerciemens à l'auteur, et propose le renvoi du mémoire au comité de publication,

M. Velpeau pense qu'en effet l'artériotomie est trop négligée. Ses indications sont, du reste, mal précisées. Pour les dangers, ils sont réellement exagérés. Il semble que l'anévrysme devrait en résulter souvent, et la guérison se fait au contraire en peu de jours. — M. Sanson partage l'opinion que l'artériotomie peut être très-utile ; il l'a pratiquée avec succès dans l'ophthalmie. Toutefois il n'admet point qu'elle soit sans inconvéniens. Un des plus graves est l'hémorrhagie. D'où le précepte qu'on trouve dans les auteurs de couper complètement l'artère pour favoriser sa rétraction. — M. Renaudin qui très souvent, 25 à 30 fois, a fait ouvrir la temporale, et quelquefois les deux ensemble, n'a jamais observé l'hémorrhagie ; il ne la redoute donc guères. Quoi qu'il en soit, il ne croit point à l'artériotomie une action plus puissante qu'à la phlébotomie. — M. Maingault, pendant son internat à Bicêtre, a également pratiqué très-souvent l'artériotomie, 60 à 80 fois ; jamais il n'a constaté le moindre accident. — M. Sanson insiste sur sa proposition, et cite à l'appui un fait récent observé dans son propre service, il n'y a pas quinze jours. Une artériotomie a été suivie, au sixième jour, d'une hémorrhagie très-difficile à réprimer. — M. Velpeau ne croit point que la science soit en mesure de décider si l'artériotomie est préférable à la phlébotomie. Mais pour ce qui est de l'opération, il soutient qu'on s'en est exagéré les dangers, et relativement aux hémorrhagies dont on parle, d'abord elles sont rares, ensuite elles sont très-faciles à arrêter.— Un malade de M. Larrey eut, après l'artériotomie, quinze à dix-sept hémorrhagies ; toutes furent immédiatement réprimées. — M. Duméril comprend par la physiologie l'efficacité de l'artériotomie dans l'ophthalmie, vu les anastomoses vasculaires ; mais dans la congestion cérébrale il ne la comprend plus, le sang qui engorge le cerveau venant d'ailleurs. Suivant M. Duméril, l'oubli dans lequel est tombée l'artériotomie devait être le résultat inévitable des notions plus précises qu'on a acquises sur la circulation. — M. Itard a observé que dans les congestions cérébrales, l'artériotomie avait toujours des effets moins sûrs que la saignée veineuse.

Après avoir résumé la discussion, M. Bouillaud relit les conclusions de son rapport qui sont adoptées.

Nouveau sécateur utér n. — D'après M. Capuron, rapporteur, ce sécateur, inventé par M. Aronssohn, agrégé à la Faculté de

Strasbourg, n'a point d'avantages sur le bistouri et l'érigne de Museux, dont se servent habituellement les opérateurs qui jugent à propos de couper le col de l'utérus. Cependant eu égard au zèle pour la science dont l'auteur a fait preuve, M. Capuron propose de le remercier et de l'inscrire au nombre des candidats correspondans. Adopté. — A propos de ce rapport, M. Maingault émet l'avis que l'Académie devrait exiger toujours, quand il s'agit d'instrumens sur lesquels elle a à prononcer, qu'un modèle en fût préalablement déposé. Cette décision avait été prise il y a quelques années. Elle doit être remise en vigueur. Cette proposition, souteuue par MM. Desportes, Moreau, Velpeau, est mise aux voix et adoptée.

Cas grave de syphilis. — *Mémoire de M. Reynaud, professeur de l'école de médecine de la marine de Toulon.* — *M. Cullerier, rapporteur.* Il s'agit d'un matelot, âgé de 26 ans, qui est mort après 14 mois et demi de séjour dans le service de M. Reynaud, où il était entré pour être traité de symptômes primitifs de la vérole datant de 15 jours seulement, et chez lequel, pendant ce long espace de temps, les médications spécifiques les plus actives ont été employées successivemeut et avec la plus grande énergie, sans que les progres du mal aient pu être enrayés. — Soumis, dès son entrée, le 9 avril 1833, au traitement mercuriel, le 7 septembre, époque où on le cessa, le malade se trouvait avoir pris de 25 grains de cyanure de mercure, 91 cuillerées de liqueur de Van-Swiéten, sans compter 4 onces d'onguent mercuriel employé en frictions, et 9 bouteilles d'un rob antisyphilitique. La peau de la face, du tronc et des membres était couverte de pustules, et tous les poils du corps étaient tombés. — Du 8 septembre au 10 novembre, 19 gros d'iodure de potassium et 2 gros et demi d'iode furent employés. — Le malade était réduit au marasme et les accidens secondaires devinrent de plus en plus graves. Tout traitement fut suspendu jusqu'au 5 décembre. Alors des frictions furent pratiquées sur les pustules avec la pommade d'iodure de soufre. Le testicule gauche se tuméfia, mais les simples cataplasmes amenèrent sa résolution. Jusqu'au 12 mars, il y eut peu d'amélioration, mais le testicule droit s'engorga subitement, et uue ophthalmorrhée se déclara. Le 22 mars, l'hydrochlorate d'or et de soude fut administré pour la première fois. Le 28 avril, six grains avaient été pris par le malade. C'est à ce momeut que la fièvre hectique se déclara. Une tumeur gommeuse s'était développée au-dessous de l'angle de la mâchoire. Le 14 juin, des accidens cérébraux surgirent; convul-

sions, contraction des membres, hémiplégie. Mort le 24. — Le fait le plus remarquable de l'autopsie, c'est qu'on a constaté la présence du mercure à l'état de chlorure dans le cerveau, 9 mois après la cessation de son emploi. — M. Reynaud discutant sur la cause des accidens, hésite à les rapporter tous au virus syphilitique. Les désordres nerveux lui semblent surtout devoir être attribués au mercure, qui, soit à l'état métallique, soit à l'état de chlorure, ne lui paraît pas pouvoir séjourner impunément dans nos tissus, et particulièrement dans le cerveau.

M. Cullerier croit que tout ici peut être rapporté à la syphilis. Le mercure, stagnant depuis si longtemps au milieu du cerveau, aurait dû bien plus vîte y susciter les lésions. Ce fait, en tous cas, est un de ceux qui montrent, comme chez certains individus, l'infection syphilitique est tenace et profonde. Dans de telles circonstances mieux vaut s'en tenir aux seuls soins hygiéniques. C'est M. Marchand, chef des travaux chimiques à l'école de Toulon, qui a fait les recherches pour découvrir le mercure dans les organes. Le cerveau seul en a présenté les indices. Le procédé dont s'est servi M. Marchand, est celui indiqué par MM. Orfila et Devergie. (*Dict. de méd. prat.*). Cette découverte de M. Marchand est d'ailleurs fort remarquable, d'autant plus que des expériences multipliées à Paris, faites par M Devergie lui-même, et dont M. Cullerier a été témoin, n'ont pas eu d'aussi heureux résultats. Ces expériences faites à propos d'un travail du docteur Colson, qui avait retrouvé le mercure dans le sang de deux personnes qui avaient pris du sublimé (*Archiv. gén. de méd*, 1826), furent répétées par M. Devergie sur du sang, de l'urine et de la salive de vénériens traités par le mercure à hautes doses. Quoique par son procédé, M. Devergie puisse reconnaître le mercure étendu dans 120,000 parties de liquide, il ne put en découvrir un atôme. La question n'est donc peut-être pas encore jugée. M. Cullerier propose, au nom de la commission, le renvoi au comité de publication, et l'inscription de M. Reynaud au nombre des candidats aux places de correspondans.

M. Gérardin ne regarde point comme extraordinaire la découverte de la présence du mercure dans le cerveau. Il a eu l'occasion de voir au Musée d'anatomie pathologique de Strasbourg, un crâne affecté d'exostoses et du mercure métallique incrusté dans les fibres osseuses. En 1806, la Société de Goettingue proposa, pour sujet de prix, la question de *la régénération* du mercure absorbé dans l'économie. Le plus grand nombre des compétiteurs fut pour

l'affirmative. M. Lobstein avait adopté aussi cette opinion. — M. Velpeau fait observer que les auteurs renferment beaucoup de de faits analogues. — M. Cruveilhier ayant appris que, sur le cadavre d'une femme morte à l'hospice de l'Ecole, d'une péritonite traitée par les frictions mercurielles, on avait trouvé du mercure dans les mamelles, tenta une série d'expériences à ce sujet. Il fit pratiquer des frictions sur le ventre et la partie interne des membres postérieurs de plusieurs chiens, en enveloppant ensuite ces animaux dans des chemises de cuir. En huit jours tous sucombèrent avec les gencives gangrénées. La saturation mercurielle était si grande que le métal était rendu par les selles. M. Guérard, quelque procédé qu'il ait employé, n'a pas pu en découvrir le moindre indice dans les tissus. — M. Louyer-Villermay cite comme s'acordant avec l'observation de M. Reynaud, qui montre le mercure séjournont pendant neuf mois dans le cerveau, le fait d'un officier qui gagna la siphylis en 1807 à Barcelone, et fut guéri par le mercure. Un an après, à Paris, ayant eu froid, il fut pris subitement de salivation. — M. Cullerier veut que l'on se méfie de ces cas où l'on retrouve ainsi le mercure dans les tissus. Ce métal peut être introduit après coup. Dans les os, par exemple, c'est un moyen de montrer la continuité de leurs cellules. — M. Rochoux ne comprend pas le doute qu'on éveille ici. Tous les faits négatifs ne peuvent détruire un fait positif. Le mercure n'est pas d'ailleurs le seul métal qu'on aît retrouvé ainsi. On compte plus d'une vingtaine de substances minérales que l'analyse chimique a signalées.

Le rapport et ses conclusions mis aux voix sont adoptés.

Séance du 23 février. Topographie médicale de la ville de Chartres, *par M. L. F. Leuret, chirurgien aide major au 7e chasseurs.* — *Rapport de M. Villeneuve.* — Outre cette topographie M. L. F. Leuret présente le tableau de l'état militaire du régiment dont il fait partie, pendant son séjour dans cette ville. — L'Hôtel-Dieu de Chartres est étroit et insalubre par suite de son *é rasement* par la cathédrale. En 1834, 1080 malades y sont entrés, 505 hommes, 314 femmes et 261 militaires. 64 sont morts, dont 10 militaires. — Chartres est d'ailleurs dans des conditions hygiéniques favorables. Le relevé de la mortalité en 1834 ne présente que le chiffre 432. La population étant de 14439 ; habitans 1 décès par 50.

Tritoxide de fer hydraté, considéré comme contrepoison de l'acide arsénieux, *par MM. Bischoff, pharmacien, et Levrat, médecin-vétérinaire à Lausanne. Rapport de M. Henry.* — Les auteurs de ce mémoire n'ont administré qu'à de trop faibles doses l'acide arsénieux

aux chevaux, sujets de leurs expériences, pour que l'absence des accidens qu'ils attribuent au sel de fer, puisse sans contestation être ainsi interprétée. Les chevaux n'ont pris que 4 gros au plus d'acide arsénieux, et cela successivement, et 5 onces d'hydrate ferrique. — MM. Bischoff et Levrat ont constaté que les excrémens de ces chevaux avaient une teinte d'un vert-noirâtre très-remarquable. Ils ont pensé que cette teinte était due à une certaine quantité d'arsénite de fer passé à l'état de proto ou de deuto-sel.

Les membres de la commission ont voulu vérifier cette opinion. Ils n'ont pu obtenir la réduction de l'arsénite rouge de fer, quel qu'ait été le corps désoxygénant mis en contact. Sur le soupçon que la teinte noire était plutôt due à un sulfate de fer, résultat de quelque produit sulfuré de la digestion, les crottins ont été soumis à l'acide hydrochlorique étendu, et il ne s'est dégagé aucun indice de gaz hydrosulfurique. Enfin, la dissolution d'une certaine quantité de crottins frais ordinaires dans l'acohol bouillant, et la filtration donnant une matière jaunâtre que ses qualités rapprochent de la bile, et qui devient d'un noir-verdâtre quand on la traite par les per-sels, la commission pense que c'est à cette combinaison de la bile avec l'hydrate ferrique qu'on doit attribuer la teinte particulière des excrémens des chevaux dans les expériences des auteurs du mémoire. — Dépôt aux archives.

Extirpation du col de l'utérus; torsion des artères.—M. Amussat communique les détails d'une extirpation du col de l'utérus qu'il a pratiquée il y a quatorze jours. Il s'agissait d'un fongus cancéreux du col. L'incision dans les parties saines donna lieu à un jet de sang artériel assez fort. M. Amussat, apercevant le vaisseau, le tordit aussitôt, et l'hémorrhagie fut instantanément arrêtée. M. Amussat croit être le premier qui ait ainsi tordu les artères utérines. Il pense que c'est désormais une pratique à suivre. Mais il importe de saisir de suite le vaisseau, et de ne pas lâcher l'utérus, car cet organe remonté à sa place, il serait très-difficile de retrouver l'orifice des artères coupées.

La pièce présentée à l'Académie fait voir un col de l'utérus surmonté de végétations qui paraissent à quelques membres être de nature syphilitique et non cancéreuse.

Académie royale des Sciences.

Séance du 1.er février. — Entozoaires microscopiques du tissu

MUSCULAIRE CHEZ L'HOMME. — M. de Blainville présente un flacon renfermant un certain nombre d'entozoaires microscopiques qui lui ont été adressés par M. Owen, et qui font le sujet d'un mémoire publié par le savant anatomiste anglais. (*Transact. de la Société zoologique de Londres*, vol. I.er, 4.e partie). Chez plusieurs sujets disséqués à l'hôpital Saint-Barthélemy, on avait remarqué l'état particulier des muscles qui semblaient semés de petits points blanchâtres, émoussant le scalpel, donnant la sensation du sable. Ces points blanchâtres, examinés avec un pouvoir grossissant, d'un pouce de foyer, paraissent être des kystes de forme elliptique, avec des extrémités affilées et plus opaques que le corps ou la partie moyenne du kyste, laquelle est d'ordinaire assez transparente pour laisser voir dans son intérieur un petit ver roulé en spirale. Placés sur le micromètre, ces kystes mesurent 1/50 de pouce dans leur plus grand diamètre, et 1/100 dans leur plus petit. Quelques-uns sont un peu plus grands, d'autres plus petits, jusqu'à moitié des dimensions ci-dessus. Ils sont disposés en lignes simples, parallèles aux fibres musculaires, à des distances l'une de l'autre qui varient d'une demi-ligne à une ligne. Quelquefois on rencontre deux kystes, l'un grand, l'autre plus petit, attachés par l'une de leurs extrémités, et l'on en voit aussi chevauchant un peu l'un sur l'autre. Le petit ver est le plus souvent roulé en une spirale de deux ou trois pouces et demi. Quand on le redresse, il a de 1/25 à 1/30 de pouce en longueur, et de 1/700 à 1/800 de pouce de diamètre. Il n'occupe pas plus d'un tiers de la cavité du kyste. On en trouve deux dans un petit nombre de kystes. Ce ver, que l'auteur désigne par le nom de *trichina spiralis*, est cylindrique et filiforme, avec chacune de ses extrémités obtuses et d'inégale grandeur. A la grande extrémité, qu'on doit considérer comme la tête, est une grande bouche transverse et linéaire. Lorsque le ver a été récemment extrait, il présente une peau extérieure lisse et transparente, renfermant un parenchyme ou substance granulée et floconneuse. Cette espèce d'entozoaire se rencontre dans tous les muscles volontaires et dans les demi-volontaires ou respiratoires, comme le diaphragme. On en a découvert dans les muscles du tympan, et il y en avait jusqu'à 25 dans le tenseur du tympan. On retrouve dans cette espèce la persistance d'irritabilité qu'on observe dans beaucoup d'entozoaires qui résistent à la mort du corps où ils sont logés, et à des degrés intenses de froid et de chaleur. Elle a été rencontrée dans quatorze sujets, différens sous le rapport de la maladie, de

l'âge, du sexe et du tempérament. Le seul phénomène constamment lié à la présence de ces parasites, est une grande prostration.

Lithotritie. — M. Ségalas lit un mémoire ayant pour titre : *de la Lithotritie considérée sous le rapport de ses accidens réels et de ses accidens supposés.* L'auteur discute tous les inconvéniens reprochés à cette opération, et cherche à montrer que les uns sont imaginaires, que d'autres se présentent rarement, et que plusieurs lui sont communs avec l'opération de la taille. Il pense que la première opération présente des accidens moins graves que l'autre, sans devoir toutefois lui être, dans tous les cas, indistinctement préférée.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE,

OU RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES, CONSIDÉRÉES SOUS LES RAPPORTS THÉORIQUE ET PRATIQUE;

Par MM. ADELON, BÉCLARD, BÉRARD, A. BÉRARD, BIETT, BLACHE, BRESCHET, CALMEIL, CAZENAVE, CHOMEL, H. CLOQUET, J. CLOQUET, COUTANCEAU, DALMAS, DANCE, DESORMEAUX, DEZEIMERIS, P. DUBOIS, FERRUS, GEORGET, GERDY, GUERSENT, ITARD, LAGNEAU, LANDRÉ-BEAUVAIS, LAUGIER, LITTRÉ, LOUIS, MARC, MARJOLIN, MURAT, OLLIVIER, ORFILA, OUDET, PELLETIER, PRAVAZ, RAIGE-DELORME, REYNAUD, RICHARD, ROCHOUX, ROSTAN, ROUX, RULLIER, SOUBEIRAN, TROUSSEAU, VELPEAU, VILLERMÉ. — *Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée.* Tome XI.[e], (EAU-ENC) 1835, et t. XII.[e] (ENC-FAR), 1836. Paris, chez Béchet jeune.

Ainsi qu'on a pu le voir dans l'énumération que j'ai faite des principaux articles du tome XI (*cahier de novembre* 1835, p. 387), ce volume se recommande par une grande variété.

La thérapeutique, objet des désirs du praticien, y possède plusieurs articles écrits avec un véritable talent. Tels sont les suivans : Eau, Eaux minérales, Électricité, etc., etc. Une bibliographie d'une richesse remarquable termine le second de ces articles ; elle est due à M. Dezeimeris.

Parmi les articles relatifs aux maladies de la peau, je m'arrêterai quelques instans sur les deux suivans :

Eczema a été traité par M. Biett. L'auteur commence par déterminer avec précision le sens qu'il attache à ce mot. Il considère ensuite la maladie à l'état aigu et à l'état chronique. Cette division lui paraît plus simple et plus naturelle que celle des pathologistes anglais qui ont admis un grand nombre d'espèces. La division de M. Biett elle-même n'est point sans difficulté; aussi, est-il obligé de donner une certaine extension à l'expression *Eczema aigu*, sous laquelle il comprend l'*eczema simplex*, l'*eczema rubrum*, et l'*eczema impetiginodes*.

La description des symptômes est faite avec beaucoup de soins et de vivacité. M. Biett n'a pas manqué de donner aux symptômes généraux toute l'importance qu'ils méritent. L'*Eczema chronique* a été l'objet d'une description particulière. La description d'une éruption qui présente des aspects si divers, offrait de grandes difficultés.

M. Biett, en praticien exercé, ne s'est pas borné à indiquer le siège de l'eczema d'une manière générale. Ce siège est important à étudier suivant le sexe, suivant la région qu'il occupe. Ces diverses circonstances offrent des particularités importantes que M. Biett fait ressortir. C'est avec de pareils détails, puisés à la source d'une observation long-temps et souvent renouvelée, que M. Biett a fait un article complet et utile.

C'est à M. Cazenave que nous devons l'intéressant article Éléphantiasis. Cet article se trouve divisé en deux, car la dénomination *Éléphantiasis* appartient à deux maladies différentes.

L'Éléphantiasis des grecs (*lèpre tuberculeuse de M. Alibert*) a été décrit d'abord. La description de M. Cazenave est riche de détails. On ne pouvait entourer ce sujet de trop de lumières, car cette maladie n'est pas très-commune en France. On avait avancé que l'éléphantiasis des grecs s'accompagne d'une exaltation des désirs vénériens. Ce phénomène est loin d'être constant. Au contraire, il résulte des observations de MM. Biett et Cazenave, que les malades ont le plus souvent de l'éloignement pour les plaisirs vénériens. Ces deux pathologistes ont remarqué, ainsi que J. Adams, que le développement des organes génitaux se trouve arrêté, lorsque la maladie se manifeste avant la puberté. M. Cazenave a donné le résultat de ses recherches sur l'anatomie pathologique de cette affection.

L'Éléphantiasis des arabes a été décrit avec les mêmes soins et d'une manière aussi complète. Elle porte, comme la précédente,

le cachet de la vérité et de l'exactitude. L'auteur s'est arrêté quelques instans sur le diagnostic différentiel des deux *éléphantiasis* qui, bien qu'essentiellement différens l'un de l'autre, sont cependant quelquefois confondus ensemble.

Ces deux parties, qui constituent l'article ÉLÉPHANTIASIS, sont séparées par un article bibliographique qui a pour objet l'histoire de cette maladie. M. Dezeimeris remonte jusqu'à la première apparition en Europe de l'*éléphantiasis des grecs* ou *lèpre du moyen âge*. Puis, après une longue et savante dissertation sur la lèpre des hébreux et celles qui ont été décrites, soit par les grecs, soit par les arabes, il indique successivement les invasions que la maladie en question fit à diverses époques en Europe, les progrès plus ou moins considérables qu'elle y fit selon les temps et les circonstances, les modifications qu'elle y éprouva, et surtout les travaux dont elle a été l'objet de la part des médecins. Cet article, plein d'intérêt, remplit plus d'une feuille d'impression en petit texte, et est terminé par une longue et riche bibliographie.

Je choisirai l'article EMPHYSÈME DES POUMONS, de M. Louis, pour représenter ce qui, dans le onzième volume, est relatif à la pathologie interne.

M. Louis admet deux espèces d'*emphysème des poumons*, l'une qui est caractérisée anatomiquement par la dilatation des vésicules pulmonaires, et l'autre par une infiltration d'air dans le tissu cellulaire qui unit les lobules dont se composent les poumons. Mais il ne traite, dans cet article, que de la première de ces deux maladies.

L'emphysème par dilatation des vésicules pulmonaires, ayant peu occupé les pathologistes depuis Laennec, l'article de M. Louis se trouve presqu'entièrement neuf; et, pour peu qu'on connaisse la manière de procéder de ce médecin dans tout ce qui tient à l'observation, on ne peut douter que son travail ne soit extrêmement intéressant et instructif.

La description de M. Louis a pour base quatre-vingt-dix faits observés avec soin. L'anatomie pathologique y est traitée avec une profusion remarquable de détails qui ont surtout pour objet d'établir l'état anatomique du poumon, et qui ont trait au degré d'épaisseur des parois vésiculaires (question qui reste indécise), à l'étendue et au siége de l'emphysème, etc., etc. La section où l'auteur traite des symptômes est tout-à-fait digne de remarque. Etudiée par lui, la configuration du thorax devient un guide précieux pour le diagnostic. Là, M. Louis a déposé les résultats de

sa propre observation, et a fait preuve du talent avec lequel il sait interpréter des phénomènes que d'autres observateurs auraient laissé passer inaperçus. Telle est, en particulier, la saillie des régions sous-claviculaires, qui, dans plus d'un cas, lui a suffi pour reconnaître l'existence d'un emphysème des poumons.

Je ne puis m'empêcher de signaler à l'attention des lecteurs, la manière dont M. Louis aborde la question des causes de l'emphysème pulmonaire. Mais je me bornerai, faute d'espace, à extraire de cette partie de son article, le résultat suivant, relativement à l'hérédité de cette maladie. Il semblerait que très-souvent l'emphysème des poumons est héréditaire, et que l'influence de l'hérédité est beaucoup plus marquée dans les cas où l'influence remonte à la première jeunesse, que dans ceux où il débute après l'âge de vingt ans.

Je regrette d'être obligé de me borner à un si petit nombre de citations, et je désire qu'elles suffisent pour faire passer dans l'esprit de mes lecteurs la conviction qui est dans le mien; c'est que l'article de M. Louis est l'un des mieux faits et l'un des plus originaux qui aient été publiés dans un Dictionnaire de médecine.

La toxicologie est également bien représentée dans ce volume. Au mot Empoisonnement, M. Orfila a placé un article général.

Cet article comprend cinq divisions principales : 1.° notions préliminaires sur l'empoisonnement; 2.° empoisonnement considéré sous le rapport médico-légal ; 3.° traitement de l'empoisonnement; 4.° empoisonnement lent; 5.° empoisonnement considéré sous le rapport de la police médicale. Chacune de ces cinq divisions renferme un grand nombre de divisions secondaires constituées, en quelque sorte, par une série de préceptes que le médecin-légiste ne saurait se dispenser d'avoir présens à l'esprit. Les symptômes de l'empoisonnement sont décrits d'une manière générale, puis suivant la classe à laquelle appartient la substance vénéneuse qui les a produits. M. Orfila a indiqué, avec un soin tout particulier, les expériences qu'il faut tenter pour déterminer la nature des poisons minéraux et végétaux accessibles aux moyens chimiques.

Si ce qui précède et le nom de l'auteur ne suffisaient pas pour donner une idée de la valeur de cet article, je m'arrêterais sur la division qui est consacrée au *traitement de l'empoisonnement*. Je suivrais l'auteur exposant le traitement des poisons de la première classe, soit qu'on en connaisse ou non le contrepoison, lorsque le poison est avalé depuis peu ou lorsqu'il a déjà séjourné pendant

long-temps dans l'estomac ; puis celui des poisons de la deuxième, de la troisième et de la quatrième classes. Tout cet article est écrit avec clarté et méthode, et mérite au plus haut degré l'attention de tous les médecins.

Avant de passer à l'analyse du douzième volume, je dois rendre compte d'un article qui termine le onzième, dont il occupe, à lui seul, au moins la cinquième partie, et qui méritait d'être mentionné à part à raison de l'importance du sujet ; je veux parler de l'article ENCÉPHALE, de M. Calmeil.

Cet article se compose de neuf sections : 1.° de l'anatomie pathologique de l'encéphale et de ses dépendances ; 2.° considérations générales sur les maladies de l'encéphale ; 3.° encéphalite diffuse ; 4.° encéphalite locale ; 5.° abcès de l'encéphale ; 6.° des tumeurs qui se développent dans l'encéphale ; 7.° hydatides de l'encéphale ; 8.° hypertrophie générale du cerveau ; 9.° agéuésie de l'encéphale.

Il m'est impossible d'analyser tout ce long et bel article dans le peu d'espace qui m'est accordé. Chacune des neuf sections qui le composent pourrait, à juste titre, me retenir pendant long-temps. Je me bornerai à dire quelques mots des deux premières.

L'auteur décrit, avec une scrupuleuse exactitude, les changemens de couleur, de consistance, de dimension, de rapport, de forme, etc., que peuvent subir, dans leurs affections diverses, l'encéphale et ses dépendances. Il s'arrête surtout au sujet des produits morbides qui prennent naissance à la surface ou dans l'épaisseur de l'encéphale ou de ses enveloppes. On trouve là, des notions précises sur les siéges variés que peut occuper la sérosité qu'on rencontre dans l'intérieur du crâne. Les fausses-membranes qui prennent naissance à l'extérieur ou dans l'intérieur du cerveau, soit qu'elles se présentent sous la forme de lames ou sous la forme de kystes, sont décrites avec soin. Mais un paragraphe dans lequel M. Calmeil a fait surtout preuve de jugement et d'un véritable talent d'observation, c'est celui où il parle des épanchemens sanguins du cerveau, etc. Il s'est posé cette question : l'arachnoïde qui tapisse la dure-mère peut-elle, sans se rompre, s'en détacher dans une étendue considérable, et trouve-t-on réellement des épanchemens sanguins abondans entre la dure-mère et son feuillet arachnoïdien ? La discussion lumineuse de M. Calmeil laisse peu de doutes sur la solution, eu égard à l'état actuel de la science. Toutefois le dernier mot n'est pas dit sur ce sujet ; car, ainsi qu'il l'indique lui-même, *il n'appartient à personne de fixer les limites du possible en anatomie pathologique.*

D'autres faits non moins importans rentrent dans le cadre de l'anatomie pathologique du cerveau, et ont été discutés avec le même talent : *Du pus considéré dans l'éncéphale ou à sa surface ; de l'albumine considérée à la surface ou dans l'intérieur de l'encéphale ; encéphaloïde; tissu charnu, cancéreux*, etc., etc. M. Calmeil n'a oublié ni la *cholestérine cérébrale*, ni les *vers vésiculaires* qu'on observe quelquefois dans l'encéphale de l'homme ; il a même rapporté avec les détails convenables une observation très-curieuse d'hydatides du cerveau.

Ce n'est point sans dessein que je me suis décidé à dire quelques mots de la section II, qui a pour titre : *Considérations générales sur les maladies de l'encéphale*, bien que plusieurs autres sections du même article méritassent également d'être signalées à l'attention des médecins. Dans ce court paragraphe, qui n'occupe que six à sept pages, l'auteur a condensé la matière d'un gros volume. On y trouve peu de mots et un grand nombre d'idées. Des points de doctrine de la plus haute importance y sont nettement abordés. M. Calmeil se montre franchement organicien : « Les lésions fonctionnelles directes, dit-il, proviennent *toujours nécessairement* d'une lésion matérielle de l'organe qui préside à l'exercice de la fonction dans l'état physiologique. » Malgré la difficulté qu'on éprouve, dans un grand nombre de cas, à faire l'application de ce principe fondamental de toute saine pathologie, cependant c'est à lui qu'en définitive la raison nous conduit, et personne ne pouvait mieux le faire valoir que M. Calmeil.

L'article Encéphale, considéré dans son ensemble, se fait remarquer par les qualités suivantes : il est complet et parfaitement au niveau des connaissances actuelles en pathologie ; l'auteur s'y montre érudit, mais son érudition est d'autant plus précieuse qu'elle ne marche qu'appuyée sur l'observation et la critique; enfin il est original ; l'auteur a ses idées à lui; s'il profite des travaux d'autrui, il est riche aussi de son propre fonds.

Le tome XII.e contient près de quarante articles, dont un grand nombre sont d'une utilité directe aux médecins praticiens. On y trouve Encéphalocèle par M. J. Cloquet, Enclavement par Désormeaux, Endémie par M. Ferrus, Épidémie par MM. Ferrus et Villermé, Entorse par M. J. Cloquet, Entozoaires par M. Guérard, Éphélide par M. Cazenave, Épilepsie par Georget, annoté par M. Raige-Delorme, Épistaxis, par M. Rochoux, Érectile par Béclard, Érysipèle par MM. Chomel et Blache, Érythème par M. Cazenave, Étain par le même, Éthers par

MM. Guersent et Soubeiran, ÉTIOLOGIE par M. Chomel, EUNUQUE par M. Adelon, EXCROISSANCES SYPHILITIQUES par M. Lagneau, EXHUMATION par M. Ollivier (d'Angers), EXOPHTHALMIE par MM. J. Cloquet et A. Bérard, EXOSTOSE par les mêmes, EXTASE par M. Calmeil, etc., etc., etc.

Trois articles doivent surtout être cités à part, ÉPAULE, ESTOMAC, FACE. Ce sont trois monographies importantes.

Épaule. — L'article commence par l'anatomie de l'épaule et l'exposé des mouvemens qui s'y exécutent. Cette partie est de Béclard. Viennent ensuite les maladies de l'épaule : plaies, contusions, luxations. Ces dernières seulement offrent un grand intérêt; aussi M. Laugier a-t-il consacré une longue section aux *luxations scapulo-humérales.* Cette section est presque entièrement une discussion, et cela devait être, car nous sommes loin d'être fixés sur ce sujet, malgré les travaux nombreux et récens auxquels il a donné naissance. Mais, comme le fait remarquer avec raison M. Laugier, « D'une part, les opinions admises avant ces derniers temps sont, en quelques points, évidemment erronées, et de l'autre, les réflexions qu'on y a substituées et les théories récemment proposées sont trop absolues, et par cela même entachées d'erreur. » M. Laugier a donc réuni, analysé et discuté tous les matériaux que nous possédons sur cette question si simple en apparence et si difficile en réalité, et son travail est devenu ainsi un guide précieux pour les praticiens, en leur communiquant toutes les pièces du procès et en leur en faisant apprécier la valeur réelle.

Après les maladies de l'épaule, viennent les *opérations qui se pratiquent à l'épaule.* Ces opérations se réduisent à deux, *l'amputation dans l'articulation*, et la *résection* de la même articulation. Cette dernière partie de l'article est de MM. J. Cloquet et A. Bérard.

Estomac. — Les conditions physiologiques de l'estomac ont été décrites exactement par M. Ollivier, d'Angers; M. le professeur Bérard a fait suivre cette première partie des considérations les plus intéressantes sur la physiologie du même organe. Dans ses considérations générales sur les maladies de l'estomac, M. Dalmas a su éviter les deux écueils où sont venus heurter ceux qui accordent à l'estomac un rôle trop important dans la pathologie, et ceux qui restreignent trop son influence. La sage et rationnelle doctrine de M. Dalmas est renfermée dans les phrases suivantes : « Toute l'économie digère par l'estomac, a écrit un physiologiste

de Montpellier, devancé en cela par Hippocrate, qui déjà, dans son Traité *De ratione victûs in acutis*, avait dit de ce viscère : *Maris habens facultatem, qui omnibus dat, et ab omnibus accipit*; comparaison qui a sur la proposition précédente l'avantage de s'appliquer à la pathologie aussi bien qu'à la physiologie. « Et plus loin : « Telle est l'idée que nous nous faisons des rapports de l'estomac avec le reste de l'économie. Comme le dit Hippocrate, il donne et reçoit, mais non dans une proportion égale; car les impulsions auxquelles il obéit sont bien plus puissantes que celles qu'il imprime, point important qu'il ne faut pas perdre de vue, etc. » Viennent ensuite des considérations générales sur les causes, les caractères anatomiques, les symptômes et le traitement des maladies de l'estomac.

Je ne pouvais me dispenser de faire savoir dans quel esprit a été traité l'article *Estomac*, qui est un des plus importans de la pathologie interne. Je suis forcé de me borner à indiquer à la hâte ce qu'on y trouvera. M. le professeur Bérard a traité des *plaies*, des *fistules*, des *déplacemens et hernies*, des *corps étrangers* de l'estomac. Le reste de l'article appartenant à la pathologie interne, est de M. Dalmas, excepté l'histoire du *cancer* de l'estomac, qui a été tracée par M. Ferrus. M. Dalmas a traité les sujets suivans ; *Dilatation de l'estomac, gastrorrhagie, gastrite aiguë et chronique, affections nerveuses de l'estomac.*

Face. — Cette région du corps de l'homme présente des particularités fort importantes sous le point de vue chirurgicale. Aussi M. A. Bérard a-t-il traité avec le plus grand soin des *plaies* de la face, des *abcès* de la même région, ainsi que des *opérations* qu'on y pratique dans l'intention de *restaurer* certaines difformités.

Les *névralgies* et *paralysies* de la face ont été traitées d'une manière très-complète par M. le professeur Bérard. Cette partie de l'article débute par des recherches historiques dignes d'intérêt. La question du traitement est l'objet d'une discussion approfondie qui ne laisse rien à désirer. J'aurais voulu pouvoir insister sur la manière dont l'auteur a cherché à établir le siége des névralgies faciales ; mais renfermé dans des limites qui ne peuvent s'étendre davantage, je ne puis que conseiller la lecture de ce travail, où l'on trouvera ample instruction. G. RICHELOT.

Nouvelles recherches sur les secours à donner aux noyés et aux asphyxiés ; par C. C. H. Marc, *D. M., médecin du Roi, membre du Conseil supérieur de santé, du Conseil de salubrité, directeur des secours aux noyés et aux asphyxiés, etc.* Paris, 1835, in-8.°, fig. Chez Crochard.

S'il appartenait à quelqu'un d'écrire sur les asphyxies considérées sous le rapport de l'hygiène publique, c'était sans contredit à M. Marc, dont la vie toute entière a été consacrée à l'étude et à la pratique de cette belle partie des sciences médicales. Par qui ce sujet, en particulier, pouvait-il être mieux traité que par ce médecin, chargé depuis nombre d'années par l'autorité policiale de veiller à la direction des secours à donner aux asphyxiés, et qui pouvait, à une connaissance complète de tout ce qui a été fait sur la matière, ajouter les fruits d'une longue expérience et d'une sagacité spéciale? Sous tous ces titres le livre que vient de publier M. Marc ne peut manquer d'être accueilli avec faveur. Le nombre et la variété des détails dont cet ouvrage se compose, nous empêcheront d'en faire une analyse minutieuse; mais il suffira d'indiquer le titre et le contenu des principaux chapitres pour faire juger de l'importance du livre et de la manière dont le sujet a été traité. L'auteur, dans son avant-propos, expose lui-même l'intention dans laquelle il a écrit, et qui a été: 1.° de présenter l'état actuel de la science, tant en France que chez d'autres nations, relativement aux secours en faveur des noyés et des asphyxiés; 2.° d'examiner autant que possible à fond, et de juger les divers procédés employés ou proposés à cet effet; 3.° de déduire de cet examen les meilleures règles à suivre, les meilleurs moyens à employer pour secourir les noyés et les asphyxiés; 4.° enfin d'écrire cet ouvrage de manière qu'il pût être utile, non-seulement aux médecins, mais encore aux gens du monde doués de quelque instruction.

La première partie est consacrée à l'examen des moyens de prévenir l'asphyxie, et de retirer promptement du milieu asphyxiant les personnes qui s'y trouvent plongées. L'auteur indique les précautions nécessaires pour garantir des diverses asphyxies par les gaz des fosses d'aisances, des puits, des citernes, des égoûts; par le gaz acide carbonique, par la foudre, par le froid. Il décrit les divers appareils inventés pour retirer du milieu méphitique ceux qui y sont plongés, et particulièrement les nombreux moyens à

l'aide desquels on cherche à tirer promptement les submergés de l'eau : les bateaux de sauvetage, les instrumens avec lesquels on procède à la recherche des corps sous l'eau, les appareils destinés à l'extraction des noyés tombés sous la glace. Cette partie est terminée par l'indication des règles à suivre dans le transport des noyés aux lieux où ils doivent recevoir les secours médicaux, et dans l'organisation de ces lieux.

La deuxième partie, la plus importante de l'ouvrage sous le rapport médical, est consacrée à l'exposition et à l'appréciation des divers moyens employés pour rétablir les fonctions vitales suspendues dans l'asphyxie. L'auteur fait remarquer, avant d'entrer en matière, combien cette appréciation est difficile, lorsqu'au lieu d'en appeler à des théories plus ou moins hypothétiques, on veut ne baser son opinion que sur l'expérience, car chacun des moyens dirigés contre les asphyxies n'est pas employé isolément. Certaines considérations peuvent toutefois aider à leur appréciation. M. Marc examine d'abord les moyens ou appareils inventés pour agir sur les poumons et rétablir directement la respiration, et particulièrement l'aspiration et sur l'insufflation d'air dans les poumons, sur laquelle des expériences toutes récentes de M. Leroy d'Étiole avaient jeté un discrédit immérité ou plutôt exagéré. Après une discussion approfondie reposant sur l'examen des expériences des divers auteurs et sur des expériences qui lui sont propres, M. Marc conclud que l'insufflation, pratiquée avec réserve, n'a pas les dangers qu'on lui a attribués ; mais qu'elle n'a pas une utilité assez démontrée pour qu'on doive la recommander ; que l'aspiration des matières contenues dans les poumons, dont il n'a pas, du reste, obtenu les brillans résultats annoncés par M. Albert, de Wisentheid, est évidemment utile dans certains cas. — L'auteur examine ensuite d'autres moyens plus ou moins directs employés pour rétablir la respiration, tels que l'insufflation de gaz oxygène, qui ne paraît pas avoir d'avantage sur l'air ordinaire, les mouvemens qu'on fait exécuter au thorax et à l'abdomen, pour imiter ceux qui ont lieu pendant la respiration, le galvanisme, l'électricité et l'électro-puncture.

L'auteur passe ensuite aux moyens destinés à rétablir la circulation en agissant par cette fonction ; la saignée générale, les saignées capillaires, la transfusion du sang et l'injection de certaines substances dans les veines. M. Marc montre que la saignée générale, dont on a eu tort de généraliser l'emploi dans toutes les asphyxies, peut avoir les plus funestes résultats, particulièrement

dans la submersion ; qu'elle n'est utile que dans quelques cas où il y a congestion cérébrale, et qu'elle ne l'est peut-être jamais dans le début des secours.

Dans les chapitres suivans, l'auteur décrit et apprécie les moyens propres à rétablir la chaleur, les divers stimulans appliqués à la surface du corps pour rétablir l'irritabilité ; moyens les plus précieux dans le traitement de l'asphyxie par submersion ; enfin les stimulations exercées sur l'estomac et les intestins, et principalement les fumigations de tabac injectées par le rectum, dont les effets ont été mal appréciés, et que l'on a admis ou rejetés avec une égale exagération, malgré les faits qui auraient dû imposer une opinion moins exclusive.

Cette deuxième partie est terminée par deux chapitres dans lesquels l'auteur trace les règles de l'administration des secours dans les diverses asphyxies, et examine les chances de succès du traitement et les causes qui influent sur elles.

Les troisième et quatrième parties de l'ouvrage traitent des instructions à publier sur les moyens de sauver les noyés et les asphyxiés, et de l'organisation de secours en leur faveur. Elles se refusent à toute analyse. On y lira avec intérêt les vues de l'auteur sur ce sujet si important, et le projet qu'il propose pour la formation d'une société à Paris, analogue à celles d'Amsterdam, de Hambourg, de Londres.

Manuel de clinique chirurgicale à l'usage des étudians et des praticiens, etc.; par A. Tavernier, *etc.* Deuxième édition, Paris, 1835. In-18.

Un manuel de clinique chirurgicale, de même que tous les autres ouvrages de ce genre, ne peut être qu'une spéculation de librairie et non une œuvre scientifique à proprement parler. Quelle utilité peut-on retirer, en effet, d'un petit volume in-18 qui résume, dans un espace aussi étroit, toutes les affections dites chirurgicales ? Des sujets qui ont inspiré de nombreux volumes, tous pleins d'intérêt, y sont traités en quelques lignes, et ainsi des autres. Toutefois le Manuel de M. Tavernier, fait en général dans un bon esprit, a tout l'avantage qu'un ouvrage de cette nature puisse avoir. Il se divise en deux parties, et si la deuxième, qui cependant est la principale (*Exposé des signes diagnostiques et des caractères anatomiques des maladies chirurgicales, et sommaire des indications curatives*), nous paraît offrir peu d'intérêt, pour les raisons que nous venons de donner, la première, bien qu'accessoire, nous semble devoir porter de bons fruits pour les élèves qui la liront avec attention. L'auteur y a

traité de la manière d'observer en chirurgie, et de l'art de prendre une observation au lit du malade. Quels services ne rendrait pas aux jeunes élèves en médecine, un ouvrage complet qui aurait pour objet de les guider dans l'observation des malades! Du reste la rapidité avec laquelle s'est écoulée la première édition du Manuel de M. Tavernier, prouve sans réplique que cet ouvrage plaît à ceux pour qui il a été écrit, et qu'il a parfaitement atteint son but.

Nouveaux Elémens d'histoire naturelle, contenant la zoologie, la botanique, la minéralogie et la géologie; par A. SALACROUX, *D. M., professeur d'histoire naturelle au Collège royal de Saint-Louis, etc. Paris*, 1836, *grand in-18*, 970 *pag.*, *avec* 44 *planches gravées sur acier et représentant près de* 400 *figures.* Chez Germer-Baillière.

Le titre de cet ouvrage et les passages que nous allons extraire de la préface, indiqueront suffisamment le but et l'esprit dans lesquels il a été composé. « Le petit ouvrage que je publie, dit l'auteur, est un court abrégé d'histoire naturelle, qui présente l'état actuel de cette science, avec autant de fidélité que me l'ont permis l'âge et l'état des personnes auxquelles je le destine. On n'y trouvera pas de minutieuses descriptions d'anatomie comparée, ni de longues discussions sur les points controversés de la physiologie, parce que mon premier but a été d'intéresser tout en instruisant. Je ne suis entré dans des détails de ce genre qu'autant qu'ils m'ont paru nécessaires, soit pour rendre compte de certaines habitudes des animaux auxquels ils se rapportent, soit pour exposer les caractères différentiels des espèces, genres, familles, classes, etc., des êtres organisés ou inorganiques dont je parle... » « Avec des guides aussi nombreux et aussi sûrs, avec le soin que j'ai eu d'éviter tous les détails arides et inutiles, j'espère que mon ouvrage atteindra le but que je me suis proposé de mettre l'histoire naturelle à la portée de tout le monde..... Les élèves en médecine y apprendront les classifications zoologiques, botaniques et minéralogiques, ainsi que l'application de l'histoire naturelle à l'hygiène et à la thérapeutique, etc. » Cet ouvrage élémentaire nous semble mériter les plus grands éloges. Ecrit avec une précision et une clarté remarquable, dans un esprit excellent, il présente, dans un cadre étroit, les objets les plus saillans et les plus intéressans de l'histoire naturelle. L'art avec lequel l'auteur a su les disposer en rend la lecture attrayante. Il ne faudrait pas croire cependant que de ce que ce vaste sujet est contenu dans un seul volume in-18, on n'en a qu'une simple esquisse, quelques traités bien tracés, mais fort incomplets : cet in-18, par le nombre des pages, par le texte compact, contient certainement la matière de plus de deux volumes in-8.° ordinaires.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MARS 1836.

Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards; faites à la Salpétrière, par MM. HOURMANN, *agrégé de la Faculté, médecin du Bureau central*, *et* DECHAMBRE, *interne des hôpitaux*. (3e Mémoire).

PNEUMONIE DES VIEILLARDS.

I.re *partie.* — *Caractères anatomiques.*

L'inflammation du parenchyme pulmonaire est, de toutes les maladies aiguës que nous observons chez nos vieillards, sans contredit la plus commune et la plus grave. Distincte, d'ailleurs, par des symptômes locaux dont la spécialité ressort de celle de l'organisation de l'appareil respiratoire, souvent dissimulée sous la bénignité apparente des troubles généraux, souvent encore offusquée par l'affaissement profond de la *fièvre adynamique*, cette inflammation, qui se traduit d'ordinaire si clairement au diagnostic chez l'adulte, peut échapper ici à l'observation la plus attentive. Enfin, il n'est pas jusqu'aux lésions anatomiques qui n'aient des caractères propres. Aussi, même à l'occasion de la pneumonie, est-il essentiellement vrai de dire que la pathologie du vieil âge n'offre encore

que des élémens épars qu'il est urgent de rassembler et de coordonner.

Nous consacrerons cette première partie de notre travail à l'examen des lésions anatomiques, dont les détails et les inductions qui peuvent en découler nous ont paru réclamer un exposé minutieux.

Siége d'une fluxion habituelle sur laquelle nous reviendrons à l'article de *l'étiologie*, les poumons des vieillards présentent constamment et en dehors de tout *molimen* inflammatoire, une injection vasculaire plus ou moins marquée, en sorte qu'il sera toujours difficile d'établir sur le cadavre le début et souvent même les progrès de la pneumonie, si l'on ne s'aide du commémoratif de toutes les circonstances de la maladie, et si l'on n'a recueilli avec le plus grand soin tous les documens fournis par leur ensemble. Mais avant de rechercher à quelles conditions les congestions sanguines dans les poumons des vieillards se rattachent à l'inflammation, examinons d'abord les diverses formes sous lesquelles on les observe, en commençant par le *simple engouement*.

§. I.er *Engouement simple des poumons chez les vieillards.* — Dans un premier degré de congestion, la rougeur est assez intense, la crépitation est sensible, le poumon surnage complètement à l'eau. Quand on l'incise, il s'écoule une sérosité sanguinolente et spumeuse abondante. Point de changement dans la consistance ; les cloisons interlobulaires restent distinctes. — Dans un degré plus avancé, la rougeur du parenchyme est de plus en plus foncée. La consistance n'a, du reste, subi encore aucune modification ; la crépitation est toujours sensible, et la surnatation à l'eau, complète. Le liquide séro-sanguinolent qui s'écoule à l'incision n'a pas cessé d'être spumeux.

Dans un dernier degré d'*engouement*, le poumon est livide, les lobules sont à-peu-près confondus. Le volume

du parenchyme est accru. C'est alors que la cohésion du tissu est souvent notablement affaiblie. Un liquide noirâtre s'écoule sous le tranchant du scalpel; toutefois on y distingue toujours des bulles d'air. La crépitation n'est plus sensible au toucher qu'autant que la pression est très-modérée, et alors elle est nulle pour l'ouïe. Pour peu que la pression soit brusque et forte, la crépitation disparaît entièrement; seulement de temps à autre elle éclate tout-à-coup avec bruit, mais isolément et disséminée. Le poumon plongé dans l'eau surnage un peu moins que dans les cas qui précèdent.

La dessiccation des lames du poumon, dans ces divers degrés de congestion sanguine, démontre évidemment la perméabilité conservée des cellules, mais il est remarquable d'observer leur rétrécissement progressif, en raison de l'abondance de l'injection vasculaire.

Pour bien apprécier ce rétrécissement des cellules, il importe d'ailleurs de tenir compte des variétés typiques d'organisation. Dans les poumons à cellules larges, mais arrondies encore et nettement limitées, le rétrécissement peut être porté jusqu'à l'oblitération prochaine. Dans les poumons à cellules déchirées et irrégulières, la réduction, quoique très-marquée, n'aboutit jamais au même terme.

Un fait encore qui nous a frappés, c'est la disposition de l'injection sanguine qui présente les vaisseaux soutenus par une trame manifeste, et permet, en outre, d'apprécier avec exactitude, comme nous l'avons dit (*V.* 1.er Mém., *Arch.*, août 1835), les variations notables qu'entraîne la raréfaction sénile dans la vascularité des poumons. Ainsi, des tranches de poumons engoués, desséchées et examinées à la loupe, ont laissé voir les cloisons qui circonscrivent les cellules et les lamelles suspendues dans leur aire, pénétrées d'arborisations de plus en plus ténues et multipliées, suivant le degré de la congestion sanguine, mais

en même temps que nous retrouvions cette progression constante dans l'intensité de l'injection vasculaire, quel qu'ait été le type des poumons, il nous a toujours été facile de reconnaître que *l'abondance* des arborisations a diminué en proportion de la raréfaction du tissu.

§. II. *Congestion sanguine avec imperméabilité du parenchyme pulmonaire.* — Les poumons des vieillards devenus imperméables par l'intensité de la congestion sanguine, se présentent sous deux aspects qui constituent deux formes parfaitement distinctes. Dans l'une, le parenchyme compact n'offre à l'incision ou à la déchirure qu'une surface lisse où l'on recherche envain les granulations qui sont regardées comme le cachet anatomique de la pneumonie. Dans l'autre, au contraire, cet aspect granulé est extrêmement prononcé.

Première forme. — Le parenchyme pulmonaire, d'une couleur foncée, souvent d'un bleu d'azur et parfois noirâtre, offre une coupe homogène et d'un poli remarquable. Les cloisons lobulaires sont effacées; le poumon ne crépite plus. Tantôt résistant à la pression, il a acquis une véritable élasticité qui permet de le ployer en tous sens comme un morceau de caoutchouc; tantôt, au contraire, ramolli, il cède à la pression et se réduit en détritus. Plus rarement boursouflé et fongueux, il rappelle tout-à-fait l'état des poumons décrit dans les fièvres graves. Quand on coupe les poumons dans cette forme d'imperméabilité, il ne s'écoule point de sang, mais une sérosité fluide ou visqueuse, presque limpide, souvent rougeâtre et nullement spumeuse.

La compression exercée dans le premier cas avec lenteur et constance sur des tranches de poumon ainsi congestionné, affaisse le tissu d'une manière notable, et ne fait qu'accroître sa souplesse et son élasticité. Si l'on dessèche les portions malaxées, on découvre que les cellules tendent à reparaître sans avoir éprouvé d'autre change-

ment qu'un rétrécissement, d'ailleurs très-marqué, et c'est alors qu'on voit clairement avec la loupe, dans les intervalles qui les séparent, la congestion sanguine considérable qui épaissit leurs cloisons, et se propage en s'affaiblissant dans les membranules de leur centre.

2.° *forme.* — *Engorgement sanguin granulé* (*hépatisation rouge*). — Les granulations rouges sont de deux sortes. Dans le premier cas, régulières et bien dessinées, elles dépassent sensiblement en volume les granulations de la pneumonie de l'adulte; quelquefois même elles ressemblent à autant de petits mamelons rouges, bien arrondis et séparés par des sillons profonds. Dans le second cas, elles sont encore saillantes, mais moins régulièrement tracées. Leur forme ne se juge pas aussi nettement au premier coup-d-œil, et l'on suit moins facilement les lignes qui les séparent, comme si elles tendaient à se confondre par une sorte de confluence.

Dans la majorité des cas, la friabilité qui accompagne l'hépatisation rouge du poumon chez le vieillard, est loin d'égaler celle qu'on observe dans la pneumonie des adultes. Le tissu pulmonaire offre même une résistance notable, et se laisse facilement diviser en tranches minces et flexibles. Mis dans la paume de la main, un morceau de poumon hépatisé ne donne pas non plus chez le vieillard ce sentiment de pesanteur qu'il donne chez l'adulte, et qu'on pourrait supposer au premier abord; aussi gagne-t-il rarement le fond de l'eau quand on l'y plonge. Tantôt il s'y enfonce plus ou moins profondément, tantôt il reste presque complètement à sa surface. Cette absence d'un caractère si invariablement attribué à l'hépatisation, mérite d'être remarquée, et l'on pourra s'en rendre compte, peut-être, si l'on se rappelle ce que nous avons dit de la légèreté spécifique des poumons raréfiés par les progrès de l'âge.

Un autre fait, relatif à l'hépatisation rouge du poumon

chez les vieillards, c'est qu'à l'incision il s'écoule constamment une quantité variable, et souvent abondante, de sérosité non spumeuse et souvent à peine rosée.

Nous avons soumis le poumon hépatisé à la dessication, avec ou sans compression préalable, et les lames que nous avons détachées, demi-transparentes et d'une teinte rouge uniforme ou inégale, et comme marbrée, sont restées complètement opaques. Vues à contre-jour, ces lames ressemblaient parfaitement aux écailles minces qui servent à la confection de certains peignes.

§. III. *Suppuration du poumon.* — On pent faire, à propos de la suppuration du poumon, relativement à l'aspect que présente le parenchyme, la même distinction que nous avons signalée dans l'engorgement purement sanguin. Ainsi, le poumon en suppuration présentera à l'incision ou à la déchirure, tantôt une surface plane et unie, tantôt des granulations plus ou moins saillantes.

Sous le premier rapport, nous avons constaté deux variétés de suppuration.

1.° Au milieu de l'engorgement rouge du poumon, on peut apercevoir des traînées ou des plaques d'un blanc grisâtre, irrégulières, qui ne font aucun relief, et qu'on reconnaît de suite pour du pus, mais il paraît comme à travers une une gaze légère. En pressant avec l'ongle, on peut le déplacer et le faire voyager dans le tissu pulmonaire jusqu'à la superficie où il paraît transsuder. Après cette expression le tissu recouvre sa souplesse dans tous les points où a existé la matière purulente, et si on le fait dessécher, les cellules reparaissent dans ces mêmes points; la compression a ramené leur perméabilité. Si, au contraire, on n'exerce aucune pression, la dessiccation ne donne partout que des lames compactes d'une teinte rose mêlée de gris-cendré.

2.° D'autres fois, la présence du pus donne un autre aspect à l'engorgement pulmonaire; c'est un mélange bi-

garré de rouge et de blanc terne, d'une apparence granitique fort singulière. La matière est disposée par taches d'une à deux lignes de diamètre, bien limitées. La pression avec l'ongle ne la déplace plus, mais avec la pointe d'une lancette on en opère aisément l'énucléation. Ainsi extraite, elle a la consistance de l'albumine cuite, et donne la même sensation quand on l'écrase entre les doigts. Sa couleur mate se rapproche de celle de l'ivoire un peu jauni. Nous ne l'avons jamais trouvée diffluente depuis que notre attention est fixée sur cette altération, mais notre souvenir nous représente fort bien plusieurs cas de suppuration du poumon avec une disposition qui nous avait paru singulière, et que nous ne pouvons rapporter qu'au cas qui nous occupe; toutefois de nouvelles recherches sont ici nécessaires (1).

Après l'extraction de la matière concrète qui constitue ces taches, il devenait évident qu'elle était contenue dans des vacuoles irrégulières dont on appréciait exactement la circonscription. Leurs cloisons étaient d'un rouge foncé, mais n'avaient perdu que peu de leur souplesse et de leur résistance, car on pouvait les saisir avec une pince et même les tirailler sans les déchirer. Nous nous sommes assurés, d'ailleurs, que la matière ne se prolongeait pas dans l'intérieur des petites ramifications bronchiques.

Suppuration avec granulations (*hépatisation grise*). — Beaucoup plus fréquente, elle se distingue encore du troisième degré de la pneumonie de l'adulte, par le vo-

(1) M. le docteur Prus a constaté très-souvent à Bicêtre, que la suppuration dans les poumons des vieillards (hommes), commençait par des dépôts d'une matière concrète, dont la description, qu'il a bien voulu nous communiquer, rentre tout-à-fait dans celle que nous donnons ici. Nous n'avons pas besoin de dire combien nous aimons à étayer nos observations de celles de M. Prus.

lume des granulations qui cependant est beaucoup moindre que dans l'hépatisation rouge.

L'affaissement des granulations grises peut même aller, en certains points, jusqu'à leur disparition, et souvent alors on trouve à leur place de petites cavités pleines de pus, véritables abcès commençans. L'amincissement atrophique des parois des cellules devait, en effet, rendre leur destruction facile. Cependant les abcès étendus des poumons se sont rarement offerts à notre observation; dans l'espace de deux ans, malgré le nombre des autopsies auxquelles nous avons assisté ou que nous avons faites nous-mêmes, nous n'en avons rencontré que deux exemples, d'ailleurs fort remarquables, l'un d'eux surtout, qui occupait la plus grande partie du poumon droit, et sur lequel nous reviendrons à l'article des symptômes.

Du reste, la friabilité du poumon à l'état d'hépatisation grise est extrême. Le tissu se réduit en pulpe sous la moindre pression, et le pus coule avec abondance. Cet écoulement se fait même à la simple incision, et le pus ruisselle quelquefois comme d'un foyer, ce qui pourrait faire croire à l'existence d'un ou plusieurs abcès, quoiqu'il n'y ait aucune excavation dans le parenchyme.

Nous devons mentionner maintenant une variété de granulations grises qui, nous le pensons, n'a jamais été décrite encore, et qui nous paraît appartenir exclusivement aux vieillards. Dans un cas, le seul de ce genre qui soit tombé sous nos yeux, le poumon, d'un volume et d'une densité insolites, était en même temps d'une grande flexibilité : il semblait qu'on maniât un morceau de lard un peu desséché. Le doigt s'y enfonçait difficilement; les lobules pulmonaires étaient transformés en granulations arrondies d'un volume remarquable, et formant des groupes de mamelons séparés et comme bridés par des cloisons communes. Un grand nombre de ces mamelons étaient rouges; la couleur des autres n'était pas tout-à-fait celle

de l'hépatisation grise ordinaire. Leur teinte générale était d'un jaune tendre assez analogue à celle de la graisse en partie décolorée. On pouvait presser fortement ces granulations sans les écraser, et c'est alors principalement qu'au sentiment de résistance et d'élasticité qu'on éprouvait, on aurait cru presser un tissu lardacé. Par cette manœuvre, on faisait sortir, des rameaux bronchiques les plus ténus béans à la surface de l'incision, une matière tenant le milieu pour la consistance entre le véritable pus et le produit de l'expectoration dans les vieux catarrhes, et d'une couleur tout-à-fait analogue à celle des granulations. A mesure que cette matière s'échappait, on voyait (chose digne d'attention) le morceau de poumon devenir peu-à-peu moins compact, et présenter une élasticité de plus en plus marquée sous le doigt. En l'examinant de près, on voyait que les granulations jaunes elles-mêmes devenaient moins volumineuses, moins serrées, plus à l'aise, en quelque sorte, entre leurs cloisons. Quelques-unes disparurent même presque complètement.

Nous avons pris deux morceaux de ce poumon, l'un ainsi préparé, l'autre laissé tel que nous l'avions trouvé sur le cadavre, et nous les avons soumis tous deux à la dessiccation. Le dernier ne nous a donné que les lames cornées que nous avons décrites. Au contraire, les lames extraites du premier étaient percées d'une multitude de petits trous irréguliers qu'on ne peut considérer que comme la trace des cellules pulmonaires incomplètement rétablies.

Sur plusieurs autres poumons appartenant au type premier, nous avons rencontré çà et là de petits îlots de granulations grises avec ces deux circonstances capitales : 1.° que les granulations étaient peu serrées et sans mélange de granulations rouges; 2.° que le tissu ambiant était tout-à-fait exempt même de simple engouement. Dans deux ou trois cas de ce genre, où des amas de mu-

cosités épaisses remplissaient les canaux bronchiques et les dilatations partielles qu'ils présentaient précisément aux environs des granulations, la pression fit surgir à la surface de l'incision une foule de globules de mucosités grisâtres qui venaient boucher l'orifice des petites bronches béantes, et dans ces cas encore nous pûmes faire disparaître complètement dans beaucoup de points l'état granuleux. Le tissu pulmonaire n'avait subi aucune déchirure; il avait repris toute sa souplesse et son aspect normal.

Après cette description des principaux points de l'histoire anatomique des divers engorgemens sanguins et purulens du poumon chez les vieillards, il reste encore plusieurs particularités assez importantes à signaler.

1.° Le poumon malade, surtout s'il appartient au premier type (*voy.* 1.er Mém.), acquiert ordinairement un volume considérable. Mais nous avons fait à cet égard une observation : il nous est arrivé assez fréqnemment de déclarer d'abord parfaitement sains des poumons du type second, que nous trouvions en effet revenus sur eux-mêmes, affaissés contre la colonne vertébrale, et dont le lobe inférieur ne paraissait pas autrement coloré qu'il ne l'est dans le plus simple engouement cadavérique. Mais si nous venions à y porter le scalpel, nous étions tout étonnés de trouver ce lobe en grande partie envahi par des granulations rouges et grises que la pression réduisait en détritus.

2.° Les congestions, soit sanguines, soit purulentes des poumons, occupent le plus souvent une grande étendue chez nos vieilles femmes; et c'est une chose vraiment extraordinaire quelquefois, que la persistance de la vie, quand la plus grande partie de la surface respiratoire a cessé presque tout-à-coup de fonctionner. Dernièrement encore, sur un cadavre, nous avons trouvé le poumon droit et le lobe inférieur du poumon gauche, à l'état d'hépatisation grise dans toute leur étendue, et le lobe supé-

rieur gauche, semblable à un appendice, était gorgé de sang et d'écume bronchique.

3.° L'engorgement affecte très-rarement la forme *lobulée.* Mais il est assez commun d'observer des *noyaux* granulés, presque toujours multiples, qui respectent peu les cloisons lobulaires et se confondent par nuances plus ou moins sensibles avec le parenchyme, presque toujours alors dans un degré avancé d'engouement. Ces *noyaux* se rencontrent le plus souvent vers le bord postérieur du poumon. Quant à la forme dite *vésiculaire*, elle est plus rare encore chez nos vieilles femmes. Dans un cas, cette forme de l'engorgement pulmonaire offrait, sur plusieurs points, une disposition curieuse dont nous fûmes vivement frappés, nous et plusieurs élèves présens à l'autopsie. Les granulations volumineuses et serrées étaient réunies par groupes au nombre de 4 à 5, distincts les uns des autres de deux lignes environ. Chacune de ces petites tumeurs, très-friable, de la grandeur d'une lentille, avait, par son aspect grenu, sa couleur rouge, sa forme un peu plus qu'hémisphérique, la plus grande ressemblance avec une petite framboise ou une petite fraise. Dans un des points où existait cette disposition, on voyait distinctement un canal très-délié dont il était impossible de reconnaître la nature, mais vide et aplati, dirigé parallèlement à la surface de l'incision et à fleur de son niveau, envoyer une petite ramification plus fine encore à chacun de ces groupes. Nous rappellerons plus bas cette observation.

C'est là que se termine l'exposé des diverses formes que peuvent affecter les lésions qu'entraîne la congestion sanguine et la production du pus dans le poumon des vieillards. Nous n'avons pas voulu jusqu'à ce moment scinder nos descriptions par l'examen des questions qu'elles soulevaient ou qu'elles étaient appelées, peut-être, à éclaircir. A présent que nous avons sous les yeux leur tableau complet, nous allons essayer de faire cet examen d'une manière succincte et raisonnée.

Notre premier soin a été de rapprocher des variétés typiques d'organisation que nous avons signalées dans le parenchyme pulmonaire des vieillards (1.er Mém.), les diverses formes des lésions que nous venons d'étudier. En observant l'absence des granulations chez des sujets dont la maladie avait marché avec tous les accidens de la pneumonie, nous nous étions demandés si l'extrême raréfaction du tissu, telle qu'on l'observe dans le troisième type, par exemple, ne pouvait pas être la cause de cette disposition. Des recherches faites dans ce sens nous ont bientôt permis d'apprécier jusqu'à quel point ces conjectures étaient fondées. Voici, en effet, ce que nous constatâmes en faisant dessécher des portions restées saines au milieu de poumons malades.

L'état dans lequel le poumon congestionné devient imperméable, avec ou sans friabilité, mais sans prendre d'aspect granuleux, dans lequel, à un degré plus avancé, le pus apparaît en plaques ou traînées qu'on peut faire voyager en masses dans l'intérieur des lobules, jusqu'à ce qu'elles soient arrêtées par les cloisons; cet état, disons-nous, nous l'avons rencontré dans les trois variétés de la raréfaction pulmonaire.

Celui dans lequel l'imperméabilité *non granulée* est suivie du dépôt au sein de larges vacuoles, d'une matière demi-concrète qu'on peut aisément énucléer avec la pointe d'une lancette, ne s'est jamais offert à nous que dans les poumons du troisième type, où l'on ne trouve plus qu'un assemblage confus de cellules irrégulières.

Enfin, nous n'avons jamais vu les granulations rouges ou grises dans les poumons de cette dernière variété. Ceux de la première et de la seconde nous ont paru en être le siége exclusif; et un fait non moins digne d'attention, c'est que les granulations elles-mêmes sont très-différentes suivant qu'elles appartiennent à des poumons de l'une ou de l'autre de ces deux variétés. C'est en effet dans des pou-

mons dont la texture est caractérisée par la régularité et la forme arrondie des cellules, que les granulations apparaissent comme de petits mamelons réguliers et bien circonscrits, tandis que c'est dans les seconds où commence déjà la déformation des cellules, qu'on trouve les granulations irrégulières et presque confluentes.

Quelles conséquences tirer de ces faits ?

1.° Le pus épanché en nappe et susceptible de déplacement sous la pression de l'ongle, siége évidemment en dehors des petites bronches lobulaires, ou, si l'on veut, des parois membraneuses des cellules qui les représentent. Sans cela, au lieu de voyager par petites masses dans l'intérieur du parenchyme, le pus viendrait sortir au niveau des surfaces incisées en petites gouttelettes isolées, comme cela a eu lieu dans les cas où nous avons pu faire disparaître par pression les granulations grises. D'ailleurs, si la matière purulente était contenue dans les extrémités des divisions bronchiques, loin d'être arrêtée par les cloisons interlobulaires, la pression ne la chasserait-elle pas, au contraire, dans les canaux d'un plus gros calibre qui rampent au milieu de ces cloisons. Et comment ne pas remarquer ici l'analogie qui existe entre cette disposition du pus et celle que Laennec a assignée aux bulles d'air qu'il dit être extravasées dans l'emphysème, appelé par lui *intervésiculaire?* Ne sont-ce pas exactement les mêmes caractères ? L'air et le pus ne se déplacent-ils pas de la même manière sous la pression ? ne s'arrêtent-ils pas de même quand ils rencontrent les cloisons lobulaires ?

C'est dans le tissu que Laennec nomme intervésiculaire (1), que siége le pus dans la forme de suppuration

(1) Dans notre premier travail sur l'organisation du poumon des vieillards, nous n'avons admis, que d'une maniere implicite, ce tissu lamineux que nie M. Magendie. Mais si l'anatomie normale ne le décèle pas d'une manière patente, l'anatomie patholo-

dont nous nous occupons. L'analogie porte déjà à admettre qu'il en est de même de la congestion purement sanguine qui la précède et l'accompagne. Mais cette opinion est de plus en plus étayée par le résultat de la dessiccation, qui montre, comme dans le simple engouement, la conservation des cellules (page 273), le peu d'injection de leurs membranules (page *id.*), et l'engorgement considérable au contraire des vaisseaux qui se ramifient dans l'intervalle qui les sépare. Nous prévenons, au reste, que cette expérience doit être faite avec de grands ménagemens, car si l'on fait subir aux tissus une compression préliminaire trop forte, ils s'affaissent ou se déchirent, leurs élémens se confondent, et privés de souplesse ne reparaissent plus après la dessiccation.

2.° Nos observations, en établissant l'influence exercée par la forme changeante des cellules sur la forme, et, qui plus est, sur la production des granulations, tendent à démontrer, au contraire, que c'est bien dans les cellules mêmes, soit dans leur cavité, soit dans l'épaisseur de leurs parois membraneuses, que doit être placé le siége de ces granulations. Elles sont arrondies ou irrégulières, suivant les cellules qu'elles occupent, et l'on conçoit surtout pourquoi nous ne les avons jamais rencontrées dans les poumons du troisième type. La granulation est impossible là où l'élément anatomique qui doit la former en se développant, est complètement désorganisé.

La compression et la dessiccation donnent à cette opinion un nouveau cachet de vérité. Jamais, avons-nous dit, ces manœuvres n'ont rien changé à l'état granuleux; jamais elles n'ont rétabli les cellules, ni dans tous les cas d'hépatisation rouge sans exception, ni dans ceux d'hépatisation

---

gique ne permet pas de le révoquer en doute, quand on suit les progrès de l'injection hypérémique dans les lobules, et les divers degrés de l'épaississement des cloisons des cellules.

grise *accompagnée de friabilité*, ce qui prouve indubitablement que, dans tous ces cas, la lésion constitutive des granulations occupait la place même des cellules. La dessiccation ne montre pas, il est vrai, que cette lésion n'occupe point également les intervalles qui les séparent, puisque les lames desséchées paraissent alors uniformément compactes et toutes cornées ; mais cela se conçoit sans peine si l'on remarque l'extrême rapprochement des granulations dès leur début, et leur contact immédiat après leur entier développement.

Enfin la disparition, dans quelques cas, de granulations grises *non friables*, soumises à la compression et à la dessiccation, achève, par la manière dont elle s'opère, de déterminer leur véritable siége. On presse sur une granulation; il sort, non plus en nappe, mais en petites gouttelettes et par les rameaux bronchiques les plus voisins, un liquide épais de même couleur qu'elle, et la granulation disparaît; c'est donc le liquide qui la formait, et il la formait seul alors, car sa disparition est complète, et le tissu où elle siégeait est à peine injecté.

Ainsi semble résolue, du moins en partie, par l'observation, chez le vieillard, une question jusqu'ici indécise. Les travaux de Reissessen sur la structure du poumon, et ceux de M. le professeur Andral sur le siége et le mécanisme des râles muqueux et crépitant, avaient bien amené à supposer que des mucosités sanguinolentes ou du pus sécrétés par la muqueuse bronchique, accumulés dans des vésicules, donnaient naissance aux granulations rouges ou grises. « Mais, ajoute aussitôt M. Andral, ces idées n'ont en leur faveur que de simples probabilités. Pour que l'exactitude en fût assurée, il faudrait que l'on pût, le scalpel à la main, démontrer l'inflammation des vésicules. Or, c'est ce qu'on n'a pas encore fait, et c'est ce qu'il ne sera peut-être jamais possible de faire. »

Ce n'est pas, en effet, une démonstration de ce genre

que nous prétendons donner ; nous disons seulement que nos recherches établissent ce fait, que c'est bien dans l'intérieur de l'arbre respiratoire, à l'extrémité de ses ramifications lobulaires, qu'est contenue la matière des granulations. Mais c'est là tout ce que nous pouvons affirmer ; car l'inspection de l'état pathologique ne nous a pas montré les vésicules plus positivement que ne l'avait fait l'inspection de l'état anatomique normal. Nous noterons cependant à ce propos l'observation rapportée plus haut (page 279), de la disposition en grappes et comme framboisée des granulations. Il suffisait d'avoir jeté un coup-d'œil sur les planches de Resseisen, pour être frappé d'une complète ressemblance entre cette disposition et celle qu'il assigne aux ampoules terminales des bronches.

M. Magendie pourrait répondre, il est vrai, que la granulation peut être formée par le dépôt au sein des aréoles qui résultent, selon lui, de l'intrication des vaisseaux, de la matière, soit sécrétée sur place, soit versée dans ces aréoles par les extrémités bronchiques qu'il pense se terminer et s'ouvrir dans les lobules ; mais la raréfaction de tout l'arbre respiratoire chez le vieillard, nous a permis maintefois de constater l'existence des petites bronches au sein des lobules malades, comme nous l'avions déjà fait sur des poumons sains ; et d'ailleurs nous demandons toujours pourquoi l'état granuleux n'a pas lieu dans notre première forme de suppuration des poumons, où le pus siége pourtant aussi au milieu même des lobules.

Mais faut-il conclure de nos observations, que toutes les granulations pulmonaires soient dues, comme on l'a supposé, à l'amas au fond des canaux aériens, d'un liquide qui serait du sang plus ou moins pur dans un cas, ou du pus ou des mucosités purulentes dans l'autre ? Non, assuré ment ; car, nous l'avons dit, si dans ce dernier cas nous avons pu faire refluer le liquide par les bronches, jamais nous n'avons rien changé, même dans cette circonstance,

au volume des granulations *rouges ;* et cependant si elles n'avaient été autre chose qu'une gouttelette de mucosité sanguinolente emprisonnée dans une vésicule, cette mucosité, plus fluide que le pus, aurait dû refluer plus facilement par la compression. En outre, si l'on met de côté les cas exceptionnels d'état granuleux *sans friabilité*, il suffit d'examiner avec attention une granulation rouge ou grise, de la toucher et de la tourmenter avec la pointe d'une lancette, pour voir qu'on n'a pas affaire à une simple petite outre membraneuse distendue par un liquide, mais bien à un petit mamelon solide qui s'écrase entre les doigts; et ce n'est qu'après cet écrasement d'une matière pulpeuse qu'on voit s'échapper, dans l'hépatisation grise, une gouttelette de pus.

Voici donc en définitive, d'après ce que nous avons parfaitement distingué dans les poumons de nos vieillards, comment se forme, suivant nous, une granulation pulmonaire : d'abord simple injection de la membranule que nous avons décrite dans notre premier travail comme circonscrivant la cellule; sécrétion de mucosités plus ou moins sanguinolentes dans sa cavité; le poumon est encore perméable; il donne à la compression de la sérosité rougeâtre et spumeuse. Plus tard, pénétration par le sang, turgescence, espèce d'érection des parois de la cellule; oblitération de sa cavité ; la perméabilité est détruite; le liquide qu'on exprime n'est plus écumeux. Enfin la suppuration se déclare, et en suppurant la granulation se dégorge, puis s'affaisse. Le pus se rassemble en gouttelettes à son centre, et la transforme en un petit abcès.

Nous ferons remarquer, en passant, combien cette série de phénomènes est conforme à ce qu'on observe dans la phlegmasie des muqueuses en général, et nous rappellerons en même temps ce que nous avons dit de la nature probablement entièrement muqueuse des dernières extrémités des bronches dans les lobules.

C'est seulement avec ces connaissances bien comprises, qu'il nous était permis d'aborder une question qui domine ce travail tout entier. Dans toutes nos descriptions, nous n'avons pas, à dessein, prononcé le mot de *pneumonie*, parce qu'en effet, avant de discuter la nature inflammatoire ou non des diverses lésions que nous avons passées en revue, il était nécessaire d'apprécier avec toute l'exactitude possible, et l'aspect et la composition anatomique propres à chacune d'elles.

Examinons donc, sous ce point de vue important, toutes ces lésions considérées successivement dans leur forme *plane* et dans leur forme *granulée*.

1.° *Forme plane.* — La question des congestions passives du poumon pendant la vie devait, comme beaucoup d'autres, recevoir sa solution de l'étude de la pathologie spéciale du vieil âge. M. Piorry, par de nombreuses observations, a établi positivement ce point de la science. Il a démontré comment, par suite de l'affaiblissement de la contractilité organique du tissu, et en raison de la spongiosité du parenchyme, le sang abandonné en partie aux lois de la pesanteur, pouvait, malgré le mouvement circulatoire, être entraîné dans les parties déclives et y stagner. On peut constater à chaque instant à la Salpétrière l'exactitude des faits sur lesquels s'est fondé M. Piorry, et sur lesquels nous aurons occasion de revenir dans le cours de ce travail. Nous devons pour le moment nous en tenir aux caractères anatomiques, et examiner la valeur et la signification de chacun d'eux relativement à la détermination de la nature *active* ou *passive* de la congestion.

La *friabilité* du tissu n'est que d'une faible valeur pour juger ce point de discussion. Elle a lieu dans l'inflammation, mais il suffit qu'un malade ou même un cadavre ait séjourné quelque temps sur un côté, pour que la congestion et la friabilité se produisent dans la partie correspondante du poumon. Nos expériences à cet égard s'accordent

avec toutes celles qui ont été faites et qui avaient amené cette conclusion. Nous ajouterons que, chez toutes nos asthmatiques qui passent assises les derniers jours de leur existence, cette friabilité avec congestion de la base des poumons est très-commune.

Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer à *l'imperméabilité* du parenchyme. Seulement l'absence de la granulation constitue, dans ce cas, une probabilité de plus en faveur de la nature passive de la congestion, sans toutefois l'établir positivement, comme nous le verrons tout à-l'heure.

Quant au siége de la congestion dans les parties déclives, il est loin de suffire pour faire rejetter l'idée d'une phlegmasie, car la pneumonie *granulée* la plus incontestable se montre souvent vers le bord postérieur des poumons. On peut soutenir la nature inflammatoire de la congestion toutes les fois qu'elle occupe soit le bord antérieur, soit toute l'étendue de l'organe, quand, en même temps surtout, il n'existe dans le cœur ou les gros vaisseaux aucun obstacle à la circulation. Or, nous devons le déclarer, le premier degré de l'engouement est le seul que nous ayons observé dans de telles circonstances et avec de telles conditions. Jamais nous n'avons fait la même observation pour l'imperméabilité *planiforme*. A quoi donc s'en rapporter alors pour juger de la nature de la congestion ? aux symptômes. Nous pouvons dire d'avance que, dans beaucoup de cas, leur invasion brusque et leur acuité ne permettent pas de révoquer en doute la nature active de cette congestion ; mais ce n'est pas le lieu d'entrer dans plus de détails.

Enfin on a pu voir que la dessiccation nous avait montré la même forme d'injection vasculaire, variable seulement en intensité dans tous les cas d'imperméabilité non granulée, comme dans ceux d'engouement simple. Les lames du poumon ainsi congestionnées, prises ou non autour de

granulations bien saillantes au milieu d'un engorgement plane, au bord antérieur comme au bord postérieur de l'organe, ne nous ont jamais offert de différences. Ainsi, sous ce rapport anatomique, les congestions actives et passives ne montrent encore entr'elles aucune distinction.

Mais si toute la valeur de ces observations se réduit à ne pas repousser la possibilité d'une imperméabilité *planiforme* de nature inflammatoire dans la congestion purement sanguine, il n'en est plus de même dès que la suppuration est formée. L'inflammation peut seule, en effet, donner lieu à la suppuration et à la friabilité réunies.

Cependant la forme particulière de suppuration non granulée, dans laquelle le pus demi-concret est contenu dans des aréoles irrégulières, doit-elle être rapportée au troisième degré de l'inflammation? Si nous avions pu conserver quelques doutes à cet égard, ils se seraient dissipés en relisant le passage suivant de l'histoire de la pneumonie dans l'ouvrage de Laennec (*Auscultation médiate*, t. 1. p. 399) « D'autres fois... le pus, d'abord *concret* ou *plastique* comme les fausses-membranes, passe rapidement par divers degrés de ramollissement, etc. » Or, dans les cas que nous avons cités, c'était aussi une matière concrète et plastique plaquée au sein du parenchyme; et si l'on ajoute que les vieilles femmes chez qui nous l'avons constatée avaient offert les symptômes d'une maladie aiguë du poumon, on n'hésitera plus à penser qu'il s'agissait, comme dans les observations de Laennec, du troisième degré de la pneumonie commençante (ce qui est bien en rapport avec le peu de friabilité des parois des cellules), mais modifié dans son aspect par l'organisation spéciale des cellules. Et malgré que Laennec n'ait recueilli les faits dont il parle que chez les jeunes gens et les enfans, comme il n'avait pas constaté les résultats de l'altération sénile des poumons, et qu'il n'avait égard qu'à la pneumonie granulée, ses observations, circonscrites comme elles doivent l'être,

sont de toute justesse, et s'accordent complètement avec les nôtres. Nous rappellerons d'ailleurs l'observation de M. Prus citée plus haut.

2.° *Imperméabilité granulée.* — Ce que nous avons dit plus haut de la composition anatomique et du mode de formation de toutes les granulations rouges et grises que la pression ne fait qu'écraser, démontre évidemment la nature inflammatoire des unes et des autres. Il y a ici altération réelle de nutrition, travail moléculaire essentiellement actif. Mais en observant ces cas dans lesquels une compression ménagée fait disparaître certaines granulations grises, en repoussant dans les bronches la matière qui les formait, nous avons dû nous demander si l'existence de ces granulations entraînait toujours et nécessairement celle d'une phlegmasie locale; question toute nouvelle et qui ne doit pourtant pas étonner. En effet, une friabilité variable, mais toujours bien marquée, est une condition inséparable et en partie constitutive de l'hépatisation grise. Peut-on supposer que, dans les cas observés par nous, l'inflammation ait pu se développer et acquérir son dernier degré, sans ramollir non-seulement le parenchyme environnant, mais encore les élémens si délicats, si ténus, où elle siégeait ? Ne vaudrait-il pas mieux croire que sous l'influence d'une simple bronchite, des mucosités plus ou moins semblables à du pus se déposent dans les petits rameaux; puis, que par un mécanisme analogue à celui par lequel Laennec expliquait la production de l'emphysème, ces mucosités, trouvant accès dans les divisions les plus capillaires, peuvent, pendant les efforts de la toux, s'engager en rétrogradant jusqu'à leurs extrémités, pour y constituer des granulations. On conçoit dès-lors comment ce mécanisme a dû être facilité par la dilatation de l'arbre respiratoire chez nos vieilles femmes.

Nous remarquerons cependant que dans le cas où les granulations grises ont seulement diminué de volume sous.

la pression, elles étaient accompagnées de granulations rouges, d'où il suit évidemment qu'une phlegmasie toute locale avait accompagné leur développement. Cependant en considérant la couleur jaunâtre des premières, sa ressemblance avec celle des mucosités exprimées par les petites bronches voisines, la persistance de l'élasticité et de la résistance du tissu, on est bien forcé d'admettre que l'aspect granulé ne représente pas exactement ici le degré d'inflammation auquel on a coutume de le rapporter.

Tout ce qui précède établit, ce nous semble, assez distinctement, chez les vieillards, l'existence de deux espèces de pneumonie, ainsi que les différences anatomiques qui les séparent ; et pour nous résumer en quelques mots, la première espèce, constatée par la congestion sanguine *planiforme*, suivie d'abord d'imperméabilité du poumon, puis de la sécrétion d'une matière purulente mobile dans les espaces lobulaires, a son siége en dehors des canaux bronchiques dans le tissu lamineux qui les sépare. La seconde espèce occupe, au contraire, ces canaux eux-mêmes, et elle est due, soit à l'engorgement granuleux de leurs parois, soit au dépôt de la matière puriforme dans leurs cavités. Si ces cavités sont trop irrégulières, la granulation ne pourra se développer; mais l'état du poumon qui en résultera, s'il se rapproche sous ce rapport, de la première espèce de pneumonie, appartiendra évidemment à la deuxième par la nature de l'élément anatomique affecté. Cette dernière comprend donc, et l'hépatisation proprement dite, et cet état non granuleux du poumon dans lequel le pus est contenu dans les aréoles déformées du parenchyme.

Or, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer ici l'insuffisance du langage scientifique dans lequel un seul mot, celui d'hépatisation, est destiné à exprimer toutes les formes anatomiques de la pneumonie, dont il ne représente pas même chez le vieillard une espèce tout entière.

Nous croyons donc, malgré notre éloignement pour le néologisme, que ce langage doit être rectifié. Et puisqu'il existe la plus grande analogie entre les deux espèces de pneumonie que nous signalons, et les deux espèces d'emphysème qu'a décrites Laennec, nous ne pouvons mieux faire que de proposer pour les premières les dénominations généralement adoptées pour les secondes. Ainsi, la première espèce de pneumonie, nous l'appelerons *intervésiculaire*; la seconde, qu'elle soit ou non granulée, nous l'appellerons *vésiculaire*; tout en faisant nos réserves sur cette expression, l'existence des *vésicules* ne nous étant pas parfaitement démontrée.

Toutes ces considérations posées sur les caractères anatomiques de la pneumonie chez les vieillards, examinons désormais la question sous les rapports non moins importans de la fréquence de la maladie, de son siége dans les divers points de l'étendue des poumons, de l'état concomitant des bronches, des plèvres, etc.

Fréquence de la pneumonie chez les vieillards. — L'exposé des symptômes démontrera comme il est souvent difficile d'établir d'après eux d'une manière positive l'existence de l'inflammation du poumon chez les vieillards, et si l'on tient compte ensuite de tout ce que nous avons dit de l'obscurité du diagnostic jusque sur le cadavre, on comprendra qu'une statistique rigoureuse est tout-à-fait impossible à formuler ici; nous ne présenterons donc que les bases d'un calcul qui exige bien d'autres élémens encore avant de cesser d'être purement approximatif. Quoi qu'il en soit, comme on va voir, la proposition qui commence ce travail, savoir : que la pneumonie est de toutes les maladies aiguës la plus imminente chez nos vieillards, cette proposition, disons-nous, reste tout entière.

Sur 636 observations, 110 fois à l'autopsie, on ne put constater qu'un simple engouement cadavérique de la base des poumons, et les malades n'avaient offert, pendant la

vie, aucun signe de pneumonie ; elles avaient succombé à des affections de diverse nature, mais toutes étrangères aux poumons. 370 fois les malades guérirent après avoir présenté des signes de congestion parfaitement saisissables par les recherches de l'auscultation et de la percussion, mais, il est vrai, à la partie déclive du thorax, presque toujours après un décubitus prolongé, dans des conditions, en un mot, où la nature inflammatoire de la congestion pouvait être parfois contestée. 53 fois les malades guérirent encore ; mais les signes de la pneumonie se dessinèrent avec des traits si tranchés qu'ici ils ne permettaient plus le doute. 15 fois les malades moururent après avoir présenté ces signes non moins marqués ; mais l'autopsie n'en put être faite. 88 fois les malades ayant succombé, l'autopsie nous a montré les congestions sanguines des poumons, atteignant le degré d'imperméabilité complète du parenchyme ou sa suppuration.

Si maintenant nous voulons apprécier, d'après ces observations nécroscopiques, la fréquence relative des deux variétés de pneumonie que nous croyons devoir admettre chez les vieillards, voici ce que nous avons constaté :

De ces 88 cas, 18 seulement appartiennent à la variété *non-granulée* ou *inter-vésiculaire* de l'engorgement des poumons, et l'infiltration purulente n'avait lieu que chez cinq sujets. Les 70 restans nous ont offert l'engorgement granulé au plus haut point de développement. Ainsi, même en acceptant comme appartenant tous à la pneumonie les 18 cas de la première variété, on voit que la pneumonie *vésiculaire* est à la pneumonie *intervésiculaire* dans la proportion de 4 à 1, environ.

Siége de l'inflammation dans les poumons. — Si maintenant on recherche la fréquence des congestions des poumons sous le rapport du siége dans les divers points de l'étendue de ces organes, voici les résultats numériques de nos études, d'après les autopsies sur lesquelles nous nous appuyons :

1.° *Côtés affectés.*

A. *Engorgement non-granulé.* —Dans 13 cas sans suppuration, l'engorgement existait 4 fois du côté droit, 3 fois à gauche, 6 fois des deux côtés. —Dans les 5 cas avec suppuration, nous l'avons trouvé 4 fois des deux côtés, 1 fois à droite seulement.

B. *Engorgement granulé.* — Dans les 70 cas que nous avons observés, l'engorgement siégeait : 29 fois du côté droit, 24 fois à gauche, 17 fois dans les deux poumons.

2.° *Lobes.*

A. *Engorgement non-granulé.* — Des 13 cas sans suppuration, 10 occupaient le lobe inférieur, 1 le lobe supérieur, 2 les deux lobes à-la-fois. — Des 5 cas avec suppuration, 4 occupaient le lobe inférieur, 1 les deux lobes.

B. *Engorgement granulé.* —Dans le poumon droit, il occupait 15 fois le lobe inférieur, 10 fois le supérieur, 4 fois ces deux lobes.

Dans le poumon gauche, 5 fois le lobe inférieur, 17 fois le supérieur, 2 fois les deux lobes.

Dans les 17 cas où les deux poumons étaient malades en même temps, l'engorgement granulé occupait : 1 fois tous les lobes, 4 fois les deux lobes supérieurs, 6 fois les deux inférieurs, 3 fois les trois lobes droits et l'inférieur gauche, 1 fois les deux lobes gauches et le supérieur droit, 1 fois le supérieur droit et l'inférieur gauche.

3°. *Bords.*

Relativement aux bords, nous avons trouvé pour *l'engorgement non granulé*, qu'une fois le bord n'a pas été noté dans les 13 cas sans suppuration, que 11 fois le bord postérieur a été affecté, et 1 fois toute l'épaisseur du lobe inférieur droit. Dans los 5 cas avec suppuration, 2 fois le bord n'a pas été noté non plus, 2 fois la lésion occupait le bord postérieur, 1 fois toute l'épaisseur du lobe était malade, c'était encore l'inférieur droit.

Dans les cas d'*engorgement granulé*, le lobe supérieur des poumons seul affecté (37 cas), l'a été 25 fois dans toute l'épaisseur de l'organe jusqu'à la scissure ; 10 fois au bord antérieur exclusivement, 2 fois au bord postérieur.

Le lobe inférieur seul affecté (37 cas) l'a été 17 fois dans toute son épaisseur : 1 fois au bord antérieur, 15 fois au bord postérieur, 2 fois à la base même des poumons.

Quand la lésion occupait tous les lobes (13 cas), 2 fois ç'a été dans toute leur épaisseur, 1 fois au bord antérieur, 8 fois au bord postérieur. (Une fois le siége précis n'a été indiqué que pour le lobe inférieur, l'hépatisation avait lieu à la base), une autre fois il n'a été indiqué pour aucun des lobes.

Ainsi, en mettant de côté les cas où l'indication du siége a été négligée, ceux où la base seule de l'organe ou la totalité des lobes avaient été envahies, on trouve que l'engorgement non granulé (intervésiculaire) occupait constamment le bord postérieur, qu'il ait été avec ou sans suppuration, et que l'engorgement granulé (pneumonie vésiculaire) occupait 12 fois le bord antérieur et 25 fois le postérieur. Ce résultat considéré sous le rapport de l'influence de l'hypostase sur la production de la pneumonie, est déjà fort important. Mais il le deviendra plus encore si l'on remarque, sur les 25 cas de la seconde série de l'engorgement granulé, 15 appartiennent à la pneumonie du lobe inférieur, 8 à la pneumonie double, et 2 seulement à celle bornée à l'un des lobes supérieurs ; tandis qu'au contraire, des 12 cas de la première série, tous appartiennent à la pneumonie du lobe supérieur, à l'exception de 2 partagés entre la pneumonie double et celle du lobe inférieur. Nous reviendrons sur toutes ces circonstances à l'article de l'étiologie.

Etat des bronches. — La rougeur des bronches est constante dans la pneumonie des vieillards. Elle s'étend souvent jusqu'à la face inférieure de l'épiglotte et se prolonge

toujours dans les divisions bronchiques aussi loin qu'on peut en poursuivre l'examen. Elle augmente même d'intensité à mesure qu'on approche des lobules, surtout aux environs du point enflammé.

Nous devons dire, au reste, qu'il est peu de cadavres de vieilles femmes qui ne nous aient présenté une rougeur plus ou moins vive et générale des bronches, quel qu'ait été le genre de mort.

Mais ce qu'il faut principalement noter, c'est la quantité quelquefois énorme des mucosités qui remplit la trachée et obstrue jusqu'au larynx. On en trouve même assez souvent en abondance dans l'arrière-gorge. Ces mucosités sont ordinairement épaisses, visqueuses, opaques, d'un blanc soit mat, soit cendré, quelquefois légèrement verdâtres ou plus souvent jaunâtres. Rarement les trouve-t-on sanguinolentes dans la trachée : cet état quand il existe ne se rencontre ordinairement que dans les petites divisions bronchiques. Cependant nous avons quelquefois vu les grosses bronches et même la trachée remplies d'un mélange de mucosités et de sang mal combinés, ou d'une espèce de purée uniformément colorée d'un rose tendre. D'autres fois les mucosités elles-mêmes ne contenaient pas de sang, mais celui-ci était étendu en une couche mince, demi-concrète, que le scalpel ramassait, le long de la face interne de la trachée.

Nous remarquerons ici que pendant les deux années qu'a duré l'observation des faits qui constituent les matériaux de notre travail, c'est principalement aux mois de mars et d'avril que nous avons noté cette extravasation sanguine dans l'intérieur des bronches.

Le tube aérien contient encore assez souvent une plus ou moins grande quantité de petits grumeaux de forme tout-à-fait irrégulière, plus ou moins applatis, formés d'une matière concrète et blanchâtre, que les doigts écrasent assez facilement ; mais leur histoire appartient plus spécialement à celle du catarrhe.

État de la plèvre.— Sur les 70 pneumonies *vesiculaires*, 10 fois l'état de la plèvre n'a pas été noté. Sur les 60 cas qui restent, 22 fois pas de pleurésie ; 38 fois pleurésie marquée par l'existence de fausses membranes récentes.

Sur ces 38 fois, 18 fois la pleurésie était à gauche coïncidant 16 fois avec la pneumonie de ce même côté seulement, et 2 fois avec une pneumonie double. 14 fois la pleurésie était à droite, sur lesquelles 13 fois pneumonie à droite et 1 fois à gauche. 6 fois pleurésie des deux côtés, sur lesquelles 5 fois pneumonie double, et 1 fois pneumonie à droite seulement.

Dans les 18 cas d'engorgement non granulé (intervésiculaire), nos notes ne font aucune mention de l'état de la plèvre. (*La suite à un prochain Numéro*).

Oblitération complète de l'artère brachio-céphalique et de la veine cave supérieure, déterminée par le développement progressif d'un énorme anévrysme de l'aorte ascendante; observation communiquée à l'Académie royale de Médecine, par M. Martin Solon, *l'un de ses membres.*

La nommée Bordeaux, ancienne cuisinière, puis garde-malade, âgée de 67 ans, d'une forte constitution, fut réglée de bonne heure et n'éprouva point de maladie notable jusqu'à sa quarante-huitième année, époque à laquelle elle devint sujette à contracter des douleurs rhumatismales vagues, de la gêne dans la respiration, et quelquefois des palpitations, qui nécessitèrent de temps en temps l'usage de la saignée. A 59 ans, une émotion vive ramena le flux menstruel qui reparut ainsi plusieurs fois sans que l'utérus offrit de lésion. En même temps la gêne de la respiration et les palpitations devinrent plus fréquentes. En décembre 1834, elle éprouva durant la nuit des étourdissemens, perdit connaissance pendant plusieurs

heures. On combattit ces accidens par des saignées et de violens révulsifs appliqués aux membres inférieurs. Plus tard, les accidens cérébraux et l'oppression tourmentèrent de nouveau la malade; notre collègue M. Macartan, la vit alors; il fut, dès le mois de janvier 1835, frappé de la bouffissure du visage, de la couleur violacée des lèvres; il insista plus d'une fois sur l'usage de la saignée et de l'eau de Sedlitz. Vers la fin de ce mois, il remarqua une diminution sensible, puis une cessation complète des battemens de l'artère radiale droite qui lui confirmèrent l'existence d'une lésion du tronc brachio-céphalique droit. Il chercha à en combattre les effets par la saignée, le régime, quelques préparations de digitale, et nous adressa la malade à l'hôpital Beaujon le 4 mai 1835.

Le facies est un peu bouffi, cependant il présente peu, excepté aux lèvres, de ces vergetures violacées si communes chez les sujets affectés de maladies du cœur ou des gros vaisseaux. La malade est obligée de se tenir assise dans son lit, sa respiration est difficile, surtout quand il faut faire quelque mouvement brusque, violent ou prolongé; la percussion ne fait cependant point reconnaître de lésion notable dans les poumons, l'auscultation fait entendre un bruit éclatant dans le côté droit pendant l'inspiration.

Le pouls du côté gauche donne quatre-vingts battemens un peu irréguliers et assez forts; celui du côté droit est tellement peu sensible que beaucoup de personnes nient son existence, et ne sentent même pas de pulsations dans l'artère humérale. La partie supérieure du sternum offre, surtout à droite, une voussure assez notable. La percussion de cette région donne un son obscur; l'auscultation ne fait reconnaître autre chose qu'un bruit sourd et des battemens à peine sensibles, isochrones à ceux du pouls. Les énormes caillots, trouvés depuis dans la crosse de l'aorte font concevoir la disparition de l'expan-

sion pulsative de la tumeur. L'artère sous-clavière gauche offre une dilatation sensible au-dessus de la clavicule et au dessous de cet os dans le point où le vaisseau prend le nom d'axillaire. Cette dilatation, qui semble présenter un cylindre d'un pouce au moins de longueur et de plus d'un demi-pouce de diamètre, fait entendre à l'auscultation un bruit de soufflet manifeste. L'impulsion du cœur est assez vive, et ses battemens se font entendre dans une région un peu inférieure à celle qu'ils occupent ordinairement; du souffle assez marqué acompagne son premier bruit; toutes les veines thoraciques sous-cutanées, surtout celles du côté droit, sont saillantes et remarquables par leur couleur bleue très-prononcée. Les membres supérieurs, surtout le droit, sont un peu œdématiés; les inférieurs n'offrent rien de semblable.

L'appareil digestif semble conserver son état normal.

Le sommeil est pénible, et souvent rendu fatigant par des rêves et par la position assise que la malade est obligée de garder pour éviter la suffocation et diminuer l'énergie des battemens incommodes qu'elle ressent dans la tête.

La marche augmente tous les symptômes; aussi la malade reste-t-elle habituellement assise dans son lit; sans cela les battemens qu'elle ressent dans le dos et la gêne de sa respiration la menaceraient de suffocation,

Nous pensons que le tronc brachio-céphalique ou que l'artère sous-clavière droite sont le siége d'un anévrysme volumineux, oblitéré par de nombreux caillots qui empêchent d'en sentir les battemens, et qui s'opposent à l'arrivée d'une suffisante quantité de sang dans l'artère sous-clavière, pour que l'on sente le pouls droit. Nous pensons qu'en outre cet anévrysme a déprimé le poumon à droite, le cœur en bas, qu'il gêne la circulation des troncs veineux brachio-céphaliques, surtout à droite, et nous expliquons ainsi la dilatation des veines thoraciques superficielles. Les symptômes observés à l'artère sous-clavière gauche nous font

soupçonner qu'elle présente un commencement de lésion semblable à celle que nous croyons exister à droite.

La saignée, pratiquée successivement au bras droit et au bras gauche, donne également du sang, mais soulage seulement la malade pour quelques momens, et ne diminue pas la tension des veines thoraciques. Le sang est séreux; il s'écoule aussi bien d'un côté que de l'autre, et donne l'assurance que la circulation se continue dans le bras droit. Ce membre d'ailleurs conserve autant d'embonpoint et de sensibilité que le gauche, quoique sa température est un peu moins élevée. On éprouve toujours quelque difficulté pour arrêter chaque saignée, à cause de la gêne que le sang veineux éprouve pour revenir au cœur.

Les applications réfrigérantes sur la tumeur, l'acétate de plomb crystallisé donné à l'intérieur et porté à la dose de quatre grains, la digitale en poudre ou en teinture, et les manuluves répétés procurent, pendant quelque temps, un peu d'amélioration, mais ces effets passagers cessent aussi vite que ceux obtenus par les émissions sanguines. Le pouls droit, qui s'était fait sentir pendant quelques jours plus distinctement, ne tarda pas à devenir aussi peu sensible qu'auparavant.

L'hydrochlorate de baryte, prescrit du 6 juin au 18, en commençant par la dose d'un grain que l'on éleva graduellement jusqu'à douze, et que l'on faisait prendre par petites doses dans la journée, dans deux onces d'eau distillée et sucrée, abaissa le pouls de 76 à 64 battemens, mais ne diminua pas la gêne sous-sternale qui incommodait tant la malade. Le mal-aise, les syncopes, les vomissemens et les coliques qu'elle éprouva obligèrent de cesser l'usage de ce sel auquel on a attribué une propriété sédative de la circulation qui n'a cependant pas été très-remarquable chez cette malade. Nous l'avons trouvée entièrement nulle sur plusieurs autres chez lesquels, la dose ayant été graduellement portée à trente grains, la fièvre, les dou-

leurs abdominales et le dévoiement nous ont obligé de cesser nos tentatives, notamment sur un jeune sujet atteint de tumeur blanche coxo-fémorale.

Deux mois après l'entrée de la malade, l'oppression fait des progrès. L'œdème du bras gauche devient aussi considérable que celui du bras droit, et les veines thoraciques gauches acquièrent un développement pareil à celui des veines du côté opposé. Nous nous bornons alors à un traitement palliatif; nous cherchons, à l'aide des saignées du bras, à diminuer l'oppression; mais nous sommes obligé d'être sobre de ce moyen, car il commence par augmenter les battemens céphaliques, les étourdissemens et le mal-aise général; ce n'est que le lendemain ou le sur-lendemain de son emploi que l'on s'aperçoit de son utilité. Un sentiment insupportable d'oppression est ce qui tourmente le plus cruellement la malade, surtout quand l'atmosphère est humide. Nous parvenons souvent à le combattre avec succès par des pédiluves ou des manuluves chauds et sinapisés. Enfin nous prescrivons de temps en temps des purgatifs hydragogues, le sirop de nerprun, l'huile d'épurge ou des pilules d'ellebore, de gomme-gutte et de résine de jalap, afin d'arrêter les progrès de l'infiltration séreuse, et d'éviter de trop répéter les saignées. Nous donnons en quantité modérée des potages et des alimens de facile digestion.

La malade éprouve de temps en temps, par ces soins, quelques journées de soulagement; mais vers le commencement de février, l'infiltration séreuse fait de nouveaux progrès. Les paupières deviennent tellement tuméfiées que l'on est obligé de pratiquer des mouchetures ou d'employer alternativement une compression méthodique sur chaque œil. Le tissu cellulaire du crâne et du col, celui des mains et des bras, s'infiltrent également de chaque côté; ni la saignée, ni les purgatifs, ni les pédiluves ne procurent de soulagement. Les facultés intellectuelles commencent à s'embarrasser; la malade parle pendant son som-

meil ; elle est assoupie une grande partie de la journée, ses réponses sont en général vagues. La respiration devient de plus en plus embarrassée, et, pour la rendre moins difficile, la malade reste assise dans son lit, la tête tellement penchée en avant qu'elle pose sur les genoux. La déglutition des solides devient difficile et celle des liquides presqu'impossible. Enfin, après plusieurs jours d'anxiété extrême, la mort met un terme aux souffrances de cette malade, le 22 février.

Autopsie faite 30 *heures après la mort*, par MM. Florimond et de Wailly, en présence de MM. Nivet, Bujon, et plusieurs autres personnes qui avaient observé la malade ou lui avaient donné des soins.

Habitude extérieure. — Le volume de la tête est considérable, à cause de l'infiltration séreuse du tissu cellulaire du crâne et de la face; les paupières boursoufflées cachent entièrement les globes oculaires, et empêchent de les découvrir; quelques parties de la peau des paupières offrent une teinte violacée annonçant les approches de la gangrène qui suit si fréquemment les mouchetures pratiquées pour l'écoulement de la sérosité infiltrée.

Le tissu cellulaire du cou, du dos, des membres supérieurs et de la poitrine, est fortement infiltré. Les veines sous-cutanées de ces parties, et surtout celles du thorax, sont remarquables par leur couleur bleue et par une augmentation du double à-peu-près de leur volume ordinaire. Cette disposition ne s'observe ni à l'abdomen, ni aux membres inférieurs. Ce n'est qu'en incisant le tissu cellulaire de ceux-ci, que l'on y découvre une très-petite quantité de sérosité que l'émaciation des parties ne permettait pas de soupçonner.

Poitrine. — Le sternum et l'extrémité antérieure des côtes, enlevés, n'offrent aucune lésion sur leur face interne, et laissent à découvert une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, qui occupe une partie du côté droit

du thorax, et qui dépend du développement anévrysmatique de la crosse de l'aorte, remarquable surtout à sa partie latérale droite. La tumeur, qui commence un pouce au-dessus du croisement de l'artère pulmonaire, présente six pouces au moins de longueur, et se porte derrière la clavicule. Son diamètre transversal, presque aussi considérable que le précédent, commence au point de la tumeur le plus saillant, qui est caché sous le poumon droit, et se termine vers la naissance de l'artère axillaire gauche. Son diamètre antéro-postérieur n'a pas beaucoup moins d'étendue que le précédent. On voit sur la face antérieure de la tumeur, à droite, le tronc de la veine cave supérieure entièrement aplati et oblitéré : son tissu est tout-à fait confondu avec les parois de l'anévrysme dans le trajet d'un pouce. Le tronc veineux brachio-céphalique gauche a disparu dans une étendue de plus de deux pouces ; à peine si le tissu qui le constitue peut être distingué parmi celui qui forme l'anévrysme. Le tronc veineux brachio-céphalique droit offre la même disposition dans une étendue à-peu-près aussi considérable. La veine cave supérieure conserve vers le cœur un pouce à-peu-près de longueur, mais son calibre est considérablement diminué et rempli par un caillot fibrineux.

A gauche et en arrière de l'adhérence du tronc veineux brachio-céphalique droit à la tumeur, on voit s'élever le tronc artériel innominé ou brachio-céphalique. Il est entièrement oblitéré dans plus d'un demi-pouce de son étendue ; une sorte de diaphragme membraneux existe à l'ouverture de cette artère dans l'aorte, et la ferme entièrement ; ses parois aplaties sont, dans une grande étendue, confondues avec celles de l'anévrysme. L'artère carotide primitive gauche se trouve à côté de celle que nous venons de décrire. Son orifice est diminué de diamètre, mais c'est la seule lésion que ce vaisseau présente. Le tissu de l'aorte dans ce point n'est que légèrement rugueux.

L'artère axillaire gauche offre à son origine une dilatation conique d'un pouce à-peu-près de longueur. Son tissu n'est pas sensiblement altéré.

En arrière, la tumeur pèse sur la bronche droite, sur la trachée-artère et l'œsophage, qu'elle a refoulés vers le côté gauche de la colonne vertébrale.

A droite et en dehors de la naissance des vaisseaux oblitérés, on voit surajoutée à la dilatation de la crosse aortique une sorte de diverticulum anévrysmal, dont le volume égale celui d'une très-grosse orange, et qui comprime le poumon droit contre les côtes. On trouve entre ce diverticulum et le poumon le nerf diaphragmatique droit applati, adhérent et confondu avec les parois de l'anévrysme, dans l'étendue de plusieurs pouces.

En haut, la tumeur arrive derrière et au niveau de la clavicule droite, contre laquelle elle comprime le tronc artériel brachio-céphalique et la veine brachio-céphalique droite. En bas, elle se continue avec le commencement de l'aorte ascendante : sa présence a déterminé un abaissement très-sensible du cœur.

L'anévrysme incisé sur sa face antérieure, on trouve sa cavité remplie d'un énorme caillot, adhérent et confondu par sa circonférence à la face interne de la paroi droite et dilatée de l'aorte.

Ce caillot est formé de couches concentriques d'autant plus denses et d'autant moins colorées qu'elles sont plus extérieures. Vers la cavité aortique, les couches sont moins denses, plus rouges et en contact avec du sang récemment coagulé. La cavité de la crosse dilatée de l'aorte est séparée du diverticulum anévrysmal, en arrière, par une arête semi-lunaire, saillante dans la cavité de l'artère aorte, et dont la direction verticale correspond au côté droit de la trachée-artère. La région placée à droite de cette vive arête forme le diverticulum anévrysmal, et est remplie de caillots ; celle qui est située à gauche n'est autre chose

que la cavité amplement dilatée de l'aorte dans laquelle le sang circulait librement. La vive arête que nous avons indiquée est formée des diverses tuniques artérielles. La tunique fibreuse semble, dans ce point, hypertrophiée. On retrouve dans les parois de l'anévrysme et du diverticulum anévrysmal les différentes tuniques propres aux artères; seulement elles sont ramollies et confondues avec les caillots fibrineux dans cette dernière partie de la dilatation artérielle.

Après avoir fourni l'artère axillaire gauche, l'aorte reprend sa marche normale. Elle n'offre plus, jusqu'à sa terminaison, qu'une augmentation notable dans son calibre. Ses parois sont en général épaissies et présentent presque partout des points ramollis, d'autres qui sont cartilagineux et osseux, et qui ont détruit la tunique interne dans plusieurs points. (La pièce est déposée dans le Musée Dupuytren).

Le poumon droit, aplati par la tumeur anévrysmale, lui adhère dans une grande étendue; son tissu est induré par de la mélanose infiltrée, et présente, en outre, quelques tubercules; quelques-uns d'entr'eux sont excavés. Le poumon gauche n'offre rien à noter.

La membrane muqueuse, qui tapisse l'ouverture supérieure du larynx, est légèrement œdémateuse.

Abdomen. Le canal intestinal est en général rétréci; quelques plaques violacées de stase sanguine existent sur la membrane muqueuse.

Crâne. L'arachnoïde est opaline dans quelques points. La pie-mère est infiltrée d'une grande quantité de sérosité. Les ventricules latéraux en contiennent chacun deux onces à-peu près. Le cerveau ne présente pas d'autre lésion, il contient peu de sang.

Remarques sur l'ensemble du système circulatoire de la malade. — La description que nous venons de donner et les recherches que nous avons faites sur le cadavre, nous

ont démontré que le cœur n'avait subi qu'un simple abaissement, que l'artère aorte s'était énormement dilatée, un pouce au-dessus du point où elle est entrecroisée par l'artère pulmonaire jusqu'à la naissance de l'artère sous-clavière gauche ; que l'accroissement progressif de cette dilatation s'était fait sentir principalement dans la partie latérale droite et postérieure du vaisseau qui constituait l'espèce de diverticulum que nous avons décrit ; qu'en augmentant de volume, la tumeur avait progressivement comprimé en avant, contre le sternum et la clavicule, les troncs veineux brachio-céphaliques et le tronc artériel du même nom ; que ces vaisseaux avaient fini par s'oblitérer entièrement, et que l'artère carotide primitive gauche commençait à éprouver une lésion analogue. On voyait, au contraire, que l'artère sous-clavière gauche présentait un commencement de dilatation, et que depuis ce point jusqu'à sa terminaison l'artère aorte était ainsi dilatée, probablement à cause de la masse de sang qui devait s'y porter, la partie supérieure du vaisseau n'en pouvant débiter qu'une petite quantité.

Malgré les oblitérations artérielles que nous avons signalées, les parties supérieures recevaient cependant une quantité suffisante de sang. En effet, nous avons constaté qu'en injectant l'artère carotide primitive gauche par sa partie inférieure, l'extrémité de chaque carotide interne étant comprimée sur le corps du sphénoïde, le liquide se portait bientôt dans tout le système carotidien droit par les nombreuses anastomoses des thyroïdiennes supérieures qui naissent de la carotide externe. L'artère thyroïdienne inférieure gauche, née de la sous-clavière, donnait un résultat analogue. On conçoit que cette dernière devait surtout servir au rétablissement de la circulation artérielle, puisque, dilatée à son origine, elle recevait nécessairement une plus grande quantité de sang que de coutume. C'était ces communications qui avaient entretenu dans les arté-

rioles du bras droit une circulation suffisante pour que la nutrition de ce membre n'éprouvât pas d'altération, bien que sa température fût un peu moins élevée que celle des autres parties du corps. La quantité de sang reçue n'était pas assez considérable pour faire naître des pulsations dans l'artère brachiale ou ses grandes divisions, car on ne sentait pas distinctement le pouls de l'artère radiale, mais elle suffisait aux fonctions de ce membre, comme cela arrive souvent après l'oblitération d'une artère principale à la suite de l'opération de l'anévrysme. Au reste, cette quantité de sang était tellement suffisante, que, quand on saignait ce bras, le sang en sortait tout aussi facilement que de l'autre. On conçoit d'ailleurs que par la compression lente et graduelle de l'artère brachio-céphalique, les anastomoses aient eu le temps nécessaire pour se dilater autant qu'il le fallait.

Les parois thoraciques droites étaient sans doute nourries par les anastomoses de l'artère épigastrique droite avec la mammaire interne de ce côté, car nous avons trouvé cette dernière dilatée dans toute son étendue, bien qu'elle fût oblitérée au point de sa naissance à l'artère sous-clavière droite.

Si, comme nous venons de le voir, on pouvait facilement se rendre compte de la continuation de la circulation artérielle, il n'en était pas de même pour la circulation veineuse. En effet, les deux troncs brachio-céphaliques et une grande partie de la veine cave supérieure étaient oblitérés, et cependant la veine azygos n'offrait pas plus de quatre lignes de diamètre. Elle recevait par les veines inter-costales supérieures le sang veineux des parties supérieures et le versait ensuite dans la veine cave inférieure. La presqu'insuffisance d'une aussi étroite communication a été cause de la dilatation des veines thoraciques superficielles, de la teinte violacée des lèvres, des étourdissemens, puis des infiltrations et des épanchemens de sérosité

bornés aux régions que nous avons indiqués. Si ces derniers accidens ont été lents et prolongés, c'est que le système artériel versait dans les parties supérieures moins de sang que dans l'état normal, et qu'en conséquence, un système veineux d'un facile retour était, en quelque sorte, moins nécessaire à la malade.

La maladie de l'artère aorte tout entière semble avoir été une des causes principales des lésions remarquables que nous venons de faire connaître. L'anévrysme aortique s'est développé, et à mesure qu'il a pris de l'accroissement il a comprimé toutes les parties environnantes, et s'est approprié plusieurs d'entr'elles pour fortifier ses parois à l'extérieur. Aussi les gros troncs artériels et veineux oblitérés, le nerf diaphragmatique droit et une portion du poumon de ce côté faisaient-ils partie de la tumeur. Si le sternum, la trachée artère, la bronche droite, les vaisseaux du poumon droit et l'œsophage n'ont point présenté ces usures que l'on remarque fréquemment, lors même que l'anévrysme de la crosse de l'aorte est d'un moindre volume que celui de notre malade, c'est que la tumeur de celle-ci s'était surtout développée sur la partie latérale de l'artère, comprimait le poumon droit, et se tenait en quelque sorte justement placée entre le sternum et la colonne vertébrale, oblitérant les gros troncs vasculaires placés au-devant d'elle, mais ne pouvant déterminer de plus grands désordres ni en avant ni en arrière. L'augmentation de diamètre de l'aorte pectorale et abdominale dépendait de ce que ces portions de l'artère devaient recevoir une plus grande quantité de sang. C'est la disposition inverse à celle que M. Reynaud a observée chez un sujet qui avait un rétrécissement de l'aorte pectorale et dont le tronc brachio-céphalique et l'artère sous-clavière gauche étaient dilatés.

Nous n'étendrons pas davantage les réflexions que pourrait suggérer cette observation, plus remarquable encore par les effets de l'anévrysme aortique que par l'anévrysme

lui-même. Le juste intérêt que l'on a donné aux faits d'oblitérations vasculaires publiés dans ces derniers temps par MM. Astley Cooper, Hodgson, Reynaud et plusieurs observateurs, nous a fait penser que celui-ci serait d'autant mieux accueilli, qu'il réunit à la fois l'exemple de l'oblitération de troncs artériels et veineux importans. Quels sont ceux de ces troncs qui ont été oblitérés les premiers ? L'inspection de la pièce anatomique ferait remonter la lésion des artères et des veines au même temps à peu près ; mais l'état violacé du visage, les étourdissemens et les embarras cérébraux fréquens et très-prolongés, qui avaient existé avant l'entrée de la malade à Beaujon, doivent faire penser que la difficulté du retour de sang veineux du cerveau au cœur était la cause d'apoplexie par stase sanguine qui tourmentait la malade. Plus tard, l'oblitération des artères n'a pu qu'éloigner cette sorte d'accident, en diminuant la quantité de sang artériel envoyé à l'encéphale ; aussi n'avons-nous pas eu à observer d'apoplexies sanguines pendant le séjour de la malade dans notre service, bien qu'elle ait été habituellement tourmentée de bourdonnemens fort incommodes.

De la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'uterus à la suite de l'accouchement; par M. Duplay. (II.e et dernier article). (1).

Pendant l'année 1830, nous avons eu occasion d'observer trente-six cas de métro-péritonite avec suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, et le tableau suivant donnera une idée de la manière dont cette altération se combinait avec les autres.

---

(1) *Voyez* le 1.er article, N.o de mars 1835, 2.e série, t. VII, p. 293.

Parmi ces trente-six cas, il y avait, en même temps que suppuration des vaisseaux lymphatiques :

1°. Présence d'un épanchement séro-purulent dans le péritoine. . . . . 29 fois.

2°. Absence d'épanchement séro-purulent.. 7 fois.

Parmi les 29 premières malades qui présentaient un épanchement séro-purulent,

L'utérus et ses annexes furent trouvés sains, 3 fois.

Il y avait, outre l'épanchement séro-purulent, des concrétions pseudo-membraneuses et du pus concret à la face interne de l'utérus. . . . . 2 fois.

Infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal, du méso-rectum, du mésentère; fonte purulente des ovaires, couches de pus concret à la face interne de la matrice, ramollissement avec suppuration, ou ramollissement gangréneux de cette face. . . . . . . 16 fois.

Outre ces altérations diversement combinées, il y avait encore présence du pus dans l'intérieur des veines, 8 fois.

Parmi les 7 malades qui ne présentaient pas d'épanchement séro-purulent dans le péritoine, il y avait :

Pus dans les veines utérines, infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal et couche de pus concret à la face interne de l'utérus. . . . . . . 4 fois.

Absence de pus dans les veines utérines, mais infiltration du tissu cellulaire sous-péritonéal, fausses membranes et couche de pus à la face interne de l'utérus, 2 f.

Ramollissement de la face interne de l'utérus sans trace de suppuration. . . . . 1 fois.

Ainsi, sur 36 cas dans lesquels du pus se rencontra dans le système lymphatique de l'utérus, une seule fois cette lésion exista sans qu'il y ait eu de traces de suppuration, soit dans le péritoine, soit dans l'utérus, soit dans ses annexes. Cependant nous ferons remarquer que même dans ce cas il existait un ramollissement gangréneux de la face interne de la matrice.

M. Tonnellé, qui me précéda comme interne à la Maison d'accouchement, et qui observa un grand nombre de fois l'altération qui nous occupe, donna, dans un mémoire sur la fièvre puerpérale, le tableau suivant des lésions qui se rencontrèrent avec la suppuration des vaisseaux lymphatiques. (*Archives gén.*, 1.re série, t. 22 et 23).

La suppuration des lymphatiques existait avec celle des veines. 20

Avec celle de l'utérus. 13

Avec ramollissement sans suppuration de cet organe. 6

Avec simple péritonite. 1

Sans aucune altération. 2

Il serait à souhaiter que dans ce tableau M. Tonnellé eût présenté les rapports qui existaient entre la suppuration des vaisseaux lymphatiques et l'épanchement séro-purulent du péritoine. Ainsi, dans les six cas où l'on ne rencontra qu'un ramollissement de l'utérus sans suppuration, il serait bon de savoir si en même temps il n'existait pas épanchement séro-purulent dans le péritoine. Mais ce qu'il y a de remarquable dans ce relevé, c'est que nous rencontrons deux cas dans lesquels le péritoine et l'utérus étaient parfaitement sains, et cependant il y avait de la suppuration dans les vaisseaux lymphatiques.

Il résulte de ces deux relevés, qui portent sur 80 cas, que la suppuration des lymphatiques a presque toujours co-existé avec la suppuration du péritoine, de l'utérus et de ses annexes, mais il en ressort aussi ce fait non moins important; c'est que sept fois cette suppuration des vaisseaux lymphatiques a existé avec de simples ramollissemens, et que deux fois elle a eu lieu sans aucune lésion concomitante. Aussi en présence du double résultat offert par ces tableaux, deux questions se présentent tout naturellement à l'esprit : la suppuration des vaisseaux lymphatiques est-elle un phénomène d'absorption, ou bien est-elle le pro-

duit d'une phlegmasie de ces vaisseaux? C'est ce que se sont demandés les divers observateurs qui ont étudié ce sujet.

M. Tonnellé, à qui nous avons emprunté le second tableau, pense qu'il existe dans ces cas une véritable inflammation des vaisseaux lymphatiques. Cet observateur affirme avoir rencontré plusieurs fois la membrane interne de ces vaisseaux inégale et épaissie, disposition que nous n'avons pas rencontrée, quoique nous l'ayons toujours cherchée avec soin. Cependant il avoue que cette membrane interne conserve le plus ordinairement son poli, et n'offre pour toute lésion qu'une teinte terne ou une coloration jaunâtre.

« Il faudrait bien se garder, ajoute-t-il, d'en conclure qu'elle n'a point donné naissance au pus. C'est en effet le propre de toutes les membranes minces et pellucides, de n'éprouver que très-peu de modifications appréciables dans les inflammations les mieux caractérisées. Dans les phlébites ordinaires, les altérations portent presque exclusivement sur la membrane extérieure, qui est, comme on sait, de nature celluleuse, et qui se gonfle au point de donner à ces vaisseaux l'apparence des artères. Aussi lorsque cette membrane n'existe pas ou n'existe qu'en rudiment, comme dans le parenchyme des organes, dans les sinus veineux du crâne, l'inflammation doit-elle y laisser des traces beaucoup moins appréciables. Quant aux lymphatiques, on ne voit pas pourquoi ils ne seraient pas susceptibles d'inflammation comme les veines. On retrouve en effet dans ces vaisseaux toutes les conditions qui paraissent concourir au développement de la phlogose dans les autres : augmentation considérable de leur capacité, accroissement de la vitalité qui leur est propre, froissemens divers pendant le travail de l'accouchement, contact avec les matières en décomposition qui recouvrent la surface interne de l'utérus, absorption de liquides âcres, puriformes, etc. »

Cependant quoique M. Tonnellé penche fortement, ainsi qu'on peut en juger par cette citation, pour l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, comme origine de la suppuration qu'ils contiennent, il pense cependant que la question ne saurait être tranchée; qu'il faut attendre de nouveaux faits, et que jusque-là il faut n'attacher au terme de suppuration des vaisseaux lymphatiques que l'existence d'une certaine quantité de pus dans ces vaisseaux, sans rien préjuger sur son origine.

M. Danyau (1), plus porté que l'auteur précédent à admettre l'absorption dans les cas de suppuration des lymphatiques, reste aussi dans la même réserve et ne se prononce pas formellement pour l'absorption. Seulement il observe que la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques lui a paru coïncider presque toujours avec l'existence de ce même liquide dans quelques points de l'utérus ou de ses annexes. Cependant, il considère que les notions que l'on possède sur les caractères anatomiques de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ne sont pas très-positives; que de plus il existe quelquefois du pus dans un vaisseau, lors même qu'on n'en trouve pas de traces dans les parties d'où il tire son origine, et qu'enfin les vaisseaux d'un côté contiennent quelquefois de ce liquide, lorsque c'est de l'autre côté seulement qu'on en trouve d'épanché ou d'infiltré.

M. Nonat, dans sa thèse inaugurale (2), se prononce d'une manière bien plus positive à cet égard, et considère cette suppuration comme le résultat d'une véritable inflammation; aussi a-t-il décrit tous ces cas sous le nom de lymphangite. M. Nonat reconnaît bien, avec la plupart des observateurs qui l'ont précédé, que souvent la surface

(1) *Essai sur la métrite gangréneuse.* Thèse inaugurale. Paris, 28 août 1829.

(2) *De la métro-péritonite puerpérale compliquée de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de l'utérus.* Thèse inaug. Paris, 30 mai 1832.

interne des vaisseaux est exempte de rougeur ou à peine injectée ; que leurs parois sont blanchâtres, transparentes, sans épaississement et sans ramollissement notables. Suivant lui, le pus est dans ces cas la seule trace de la phlegmasie. Mais aussi M. Nonat a vu dans d'autres cas les parois du vaisseau rougeâtres, épaissies, ramollies, et cédant aux moindres tractions. Dans ces cas il n'y avait aucun doute que les vaisseaux ne fussent le siège d'un véritable travail inflammatoire. « Et, ajoute l'auteur, quand même ces derniers caractères manqueraient, quand même nous n'aurions pas trouvé ces dernières lésions, la présence d'un pus épais et bien lié dans ces vaisseaux, l'infiltration séreuse ou purulente du tissu cellulaire ambiant seraient une preuve irrécusable de leur phlogose. « Mais, me dira-t-on, ajoute M. Nonat, le pus a été résorbé ; il provient de l'utérus, des ligamens larges et du péritoine ; c'est là qu'il s'est formé primitivement ; c'est là que les vaisseaux lymphatiques l'ont puisé. *Il est possible que la chose se passe ainsi* ; car la résorption du pus est un phénomène incontestable ; on est forcé de l'admettre quand de véritables abcès disparaissent sans ponction : mais alors on n'observe jamais le moindre accident consécutif, et je ne sache pas que les vaisseaux qui entourent le foyer aient jamais été trouvés injectés de pus. Il est probable que dans ce cas le pus n'est point repris par les vaisseaux avec toutes ses qualités ; il est probable qu'avant d'être absorbé il subit une transformation préalable. On concevrait difficilement que le phénomène se passât d'une autre manière ; aussi quand on rencontre du pus dans les vaisseaux, ils offrent le plus souvent des traces non équivoques d'un travail inflammatoire. Que cette phlegmasie soit primitive ou secondaire, une fois développée elle devient capable de donner naissance à du pus et à tous les désordres fonctionnels que nous rattachons au passage de ce liquide dans le torrent circulatoire.

« D'ailleurs, ajoute M. Nonat, je n'ai trouvé aucun rapport entre la suppuration des vaisseaux lymphatiques et la présence du pus dans le péritoine, dans la matrice ou dans les ligamens larges; j'ai même vu des vaisseaux injectés de pus, tirer leur origine des parties qui n'en renfermaient aucune trace. C'est d'après ces motifs que j'ai cru devoir admettre la suppuration des vaisseaux lymphatiques comme une preuve de leur phlegmasie et de celle de la matrice. »

Il est fâcheux que M. Nonat ait négligé de donner le chiffre sur lequel reposent les considérations qui précèdent; il est fâcheux que, pour élever sur des bases solides l'opinion qu'il professe, il n'ait pas donné un résumé dans lequel il eût mis en regard de la suppuration des vaisseaux lymphatiques les lésions qui l'accompagnaient. Les vaisseaux lymphatiques injectés de pus tiraient quelquefois leur origine, nous dit-il, de parties qui ne présentaient aucune trace de suppuration; il aurait été fort utile, je crois, d'indiquer combien de fois cette particularité s'est présentée à son observation.

Mais laissons intervenir dans cette question l'autorité puissante d'un de nos anciens maîtres qui a étudié les faits de cette nature à la source qui les présente en si grande abondance, et en quelque sorte dans leur terre natale. M. Cruveilhier, qui a observé pendant deux ans et demi à la Maison d'accouchement de Paris, et a assisté à plusieurs de ces épidémies meurtrières qui fournissent un si grand nombre de sujets d'observations, a été témoin des faits suivans :

Pendant ces deux années et demie d'observation, M. Cruveilhier a constaté dans presque tous les cas de métro-péritonite la suppuration des vaisseaux lymphatiques; à peine a-t-il constaté sept ou huit fois la suppuration des veines. La présence du pus dans ces vaisseaux s'accompagnait le

plus ordinairement de péritonite, d'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal, et assez souvent d'inflammation des trompes et des ovaires. Presque toujours les vaisseaux lymphatiques ainsi remplis de pus étaient superficiels et se dessinaient immédiatement au-dessous du péritoine. Quant aux qualités du pus, ce liquide était bien lié comme du pus phlegmoneux, et jamais dans les veines il ne lui a présenté la même pureté que dans les vaisseaux lymphatiques. Quelquefois il existait au milieu de ce liquide des concrétions incolores. C'est en présence de ces lésions et des diverses circonstances qui les accompagnent, que M. Cruveilhier se demande si l'on peut voir là un travail d'absorption ou bien un travail phlegmasique. Dans le but de résoudre la question, il examine sur quelles parties cette absorption pourrait s'exercer, et dans quelles parties cette sorte de succion du pus pourrait s'opérer. La surface interne de l'utérus ne lui paraît pas être le lieu où peut puiser le système lymphatique; car dans la plupart des cas cette face interne n'est recouverte que d'un détritus sanguinolent d'une couche séro-sanguinolente dans laquelle on ne trouve pas de traces de suppuration; l'épaisseur du tissu de l'organe lui paraît peu propre à fournir les matériaux de cette suppuration, car il est assez rare de trouver de la suppuration dans le tissu de l'utérus. Il faudrait donc le rejeter sur le pus contenu, soit dans la cavité du péritoine, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Un fait semblerait, suivant lui, appuyer l'opinion de l'absorption du liquide séro-purulent contenu dans le péritoine : c'est la présence dans le petit bassin d'un pus blanc, ayant tous les caractères d'un pus phlegmoneux, alors même que dans le reste de l'abdomen il n'existe que de la sérosité. Mais à côté de ce fait s'en trouve un autre qui lui ôte de la valeur ; c'est que, dans la péritonite pseudo-membraneuse où il existe à peine de l'épanchement, on retrouve aussi du pus dans le système lymphatique.

Quant à l'absorption dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, la coïncidence du pus dans les lymphatiques et dans cette portion du tissu cellulaire est tellement fréquente, que long-temps M. Cruveilhier crut qu'il y avait rapport de dépendance entre les deux lésions. Mais un grand nombre de faits contraires à cette opinion sont venus la renverser, car tantôt M. Cruveilhier a trouvé des vaisseaux lymphatiques charriant du pus au milieu du tissu cellulaire resté sain, tantôt, au contraire, des vaisseaux lymphatiques restés sains au milieu d'un tissu cellulaire infiltré de pus. La transparence parfaite des vaisseaux lymphatiques intrà et extra-utérins qui charrient du pus, l'intégrité de leurs parois, l'absence de toute injection sanguine, d'épaississement, d'infiltration séreuse soit dans les parois, soit dans le tissu cellulaire environnant, à tel point que ces vaisseaux s'affaissent complètement quand on vient à les vider par une ponction ; toutes ces circonstances semblent à M. Cruveilhier bien propres à faire rejeter l'idée de leur inflammation. L'inaltérabilité de ces vaisseaux est également partagée par les ganglions injectés de pus; ces derniers ne présentent ni ramollissement, ni coloration sanguine insolite, et en cela diffèrent notablement des vaisseaux lymphatiques frappés d'inflammation.

« Je regarde donc comme chose démontrée, ajoute le savant professeur, la circulation du pus dans les vaisseaux lymphatiques et les ganglions restés sains. Mais il ne découle pas nécessairement de ce fait que le pus y ait été introduit par voie d'absorption ; car n'est-il pas possible que ce pus ait été produit par inflammation dans une partie de ces vaisseaux antérieure dans l'ordre de la circulation à celle que l'on observe? » Cette manière de voir, qui s'applique à tous les faits et qui paraît la plus probable à M. Cruveilhier, est appuyée sur les raisons suivantes : 1.° autour des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, on trouve quelquefois

de la sérosité infiltrée, de petits vaisseaux injectés; leur couleur est opaline; leurs parois présentent un épaississement notable, et lorsqu'on les ouvre ils s'affaissent moins complètement. 2.° Dans un fait observé par M. Cruveilhier, il y avait suppuration dans les vaisseaux lymphatiques sans la moindre trace de péritonite ou de toute autre altération du tissu utérin.

Si nous rapprochons tous les argumens qui ont été émis au sujet de cette discussion, nous voyons que la plupart des auteurs n'adoptent telle ou telle opinion qu'avec une sorte d'hésitation, et que s'ils se rangent du côté de la simple absorption ou bien de l'inflammation, c'est toujours en laissant entrevoir que ce phénomène peut se passer autrement. Voyons si, en présence des faits connus jusqu'à présent, on peut avoir sur ce point quelques idées arrêtées.

La possibilité de l'absorption du pus par les vaisseaux lymphatiques est un phénomène que la physiologie ne repousse pas. Ces vaisseaux en effet ont été vus remplis d'autres liquides étrangers au système lymphatique. C'est ainsi que Sœmmering a vu de la bile dans les vaisseaux lymphatiques du foie, et du lait dans ceux de l'aisselle. Mascagni a observé du sang dans le canal thoracique et dans les lymphatiques de l'abdomen, chez des individus morts d'épanchemens sanguins dans la poitrine ou dans l'abdomen. Enfin il a noté aussi, dans un cas d'hydropisie ascite, tout le système lymphatique abdominal gorgé d'un liquide analogue à celui que renfermait la cavité péritonéale. Plusieurs fois aussi le même observateur a constaté la présence de la matière tuberculeuse provenant de la fonte de tubercules pulmonaires dans les vaisseaux lymphatiques du poumon. M. Lauth, de Strasbourg, a aussi constaté dans un cas de gangrène d'une extrémité inférieure, un liquide sanieux qui remplissait non-seulement les vaisseaux lymphatiques du membre affecté, mais le canal thoracique lui-même.

Le liquide était entièrement analogue à celui qui recouvrait la partie gangrénée. Du pus s'est également montré dans le système lymphatique, dans d'autres circonstances qu'à la suite de l'accouchement ; mais nous évitons à dessein de citer ces faits qui peuvent être soumis à la même critique et à la même discussion que les faits de suppuration des lymphatiques compliquant la métro-péritonite. Nous ferons seulement remarquer que les vaisseaux lymphatiques dans tous ces cas partaient directement de parties en suppuration ou bien les traversaient.

Si le fait de l'absorption du pus est admissible, trouve-t-on parmi les circonstances qui accompagnent la suppuration des vaisseaux utérins de cette espèce, quelques faits qui soient favorables à la théorie de l'absorption? Ces faits sont en assez grand nombre, ils ont frappé tous les observateurs, et ils n'ont même pu échapper à ceux qui penchaient le plus fortement pour une manière de voir entièrement opposée.

Il nous semble d'abord qu'immédiatement après l'accouchement le système lymphatique de l'utérus doit jouir d'une activité très-grande. Si l'on considère en effet qu'en peu de temps un organe qui s'était en quelque sorte surajouté aux autres, doit disparaître entièrement; si l'on considère le développement excessif du système lymphatique de l'utérus pendant la grossesse et surtout vers ses derniers temps, développement dont le but est probablement d'opérer le retour de l'utérus à son état normal et cette sorte d'atrophie physiologique qu'il doit subir, on pourra bien penser que, chez la femme nouvellement accouchée, l'énergie du système absorbant doit être excessive, et que cette énergie d'absorption peut s'étendre même à des substances délétères telles que le pus.

Mais laissons cette considération, et voyons si, dans les lésions anatomiques seules nous ne trouvons pas un certain nombre de circonstances favorables à l'absorption.

Dans la plupart des cas de métro-péritonite l'on est frappé, à l'ouverture de l'abdomen, de la particularité suivante : c'est que la cavité du petit bassin est remplie par une quantité considérable de pus alors même que l'on n'en rencontre pas dans le reste du ventre. Ce pus, qui est ordinairement bien lié et comme phlegmoneux, s'observe surtout devant et derrière l'utérus, dans ces deux culs-de-sac que forme le péritoine, pour se porter, d'une part, sur la vessie, et de l'autre sur le rectum. Il résulte de cette disposition, que l'utérus baigne au milieu de ce liquide qui le recouvre de tous côtés. Le tissu cellulaire sous-péritonéal offre souvent une altération qui semblerait favorable à l'opinion de l'absorption; c'est que dans un très-grand nombre de cas ce tissu cellulaire est infiltré de pus, soit dans l'endroit même où existent les vaisseaux lymphatiques purulens, soit dans les parties voisines. Souvent aussi les ovaires, les trompes sont frappés de suppuration, et les vaisseaux lymphatiques malades sont ceux qui correspondent à ces organes. Dans quelques cas, la face interne de l'utérus est aussi recouverte de fausses membranes, ou bien d'une couche purulente, ou bien enfin elle est occupée par des escarrhes plus ou moins étendues que la suppuration a en partie détachées.

Les vaisseaux dans lesquels se rencontre du pus sont presque toujours superficiels et rampent immédiatement au-dessous du péritoine; on les observe surtout vers les bords de l'utérus, dans l'épaisseur des ligamens larges; souvent on les voit aussi au-devant du col d'où ils semblent partir. Or, ces diverses régions de l'utérus sont celles qui sont le plus directement et le plus constamment en rapport avec la matière purulente accumulée dans le petit bassin.

Le pus que contiennent les vaisseaux lymphatiques a la plus grande analogie avec celui qui se rencontre dans l'excavation pelvienne; il se présente avec le même aspect. Bien lié et comme crêmeux, il ressemble au pus d'un

phlegmon. La suppuration des lymphatiques diffère donc dans la plupart des cas de celle des autres parties du système circulatoire, car dans les artères et dans les veines cette suppuration n'est pas aussi homogène, elle est ordinairement pseudo-membraneuse. Mais hâtons-nous de dire que s'il en est ainsi dans la majorité des cas de suppuration des lymphatiques, il est aussi un certain nombre de faits dans lesquels on observe de petits flocons pseudo-membraneux.

Quant aux parois des vaisseaux lymphatiques, dans la majorité des cas elles n'ont subi aucun changement dans leur coloration, leur épaisseur et leur consistance. Ainsi ces vaisseaux sont pâles et décolorés; ils ne présentent aucune trace d'injection; leurs parois conservent leur épaisseur normale, de sorte qu'en les vidant par la ponction du pus qu'ils contiennent, leurs parois s'affaissent comme dans l'état ordinaire. Ces vaisseaux n'ont pas subi d'altération de consistance, car en les soumettant à des tractions ils résistent comme dans l'état normal. Cet état, qui est le plus ordinaire, n'a échappé à aucun des observateurs qui ont fixé leur attention sur ce point isolé de la métro-péritonite. MM. Dugès, Danyau, Tonnellé, Nonat, M. le professeur Cruveilhier, ont tous fait la même remarque; et, comme nous le verrons bientôt, chacun de ces observateurs donne à cet état d'intégrité des parois une valeur et une importance plus ou moins grandes.

Ainsi, la plus grande activité du système absorbant lors de l'accouchement; la présence du pus que contient le péritoine, et au milieu duquel nage l'utérus; l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal; la suppuration des ovaires, des trompes, celle de la face interne de l'utérus; d'une autre part, la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques qui partent de ces différens points ou bien qui les traversent, l'intégrité parfaite des parois

de ces vaisseaux, sont autant de circonstances sur lesquelles repose l'opinion de l'absorption.

Mais des raisons, bien puissantes sans doute, sont invoquées en faveur de l'opinion de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques.

D'abord, l'intégrité des parois des vaisseaux lymphatiques n'est pas constante, quoique très-fréquente et quoique existant, on peut le dire, dans la majorité des cas. Les parois de ces vaisseaux ont été observées avec diverses altérations. Quelquefois au lieu d'être blancs et pellucides comme dans l'état ordinaire, les lymphatiques ont perdu leur transparence ; leurs parois sont devenues plus ou moins opaques. Dans d'autres circonstances, les membranes qui entrent dans la composition de ces parois sont plus ou moins injectées et offrent des traces d'hypérémie bien marquée. Quelquefois ce n'est plus une simple injection des parois des vaisseaux que l'on observe, ce sont des altérations de consistance. Ainsi plusieurs observateurs ont rencontré ces vaisseaux plus ou moins ramollis, plus ou moins faciles à déchirer, et cédant à la traction la plus légère. D'autres ont constaté une altération tout opposée, c'est-à-dire, une induration plus ou moins marquée de leurs parois ; induration telle, que lorsqu'on venait à les ouvrir par une ponction, ils ne revenaient pas complètement sur eux-mêmes. Quant au tissu cellulaire qui environne les vaisseaux lymphatiques ainsi altérés, il a été vu infiltré de pus, de sérosité jaunâtre, ou bien il avait subi un certain degré d'induration.

Pour ce qui est des rapports qui existaient entre les lymphatiques injectés de pus et les points en suppuration que présentaient le péritoine, le tissu cellulaire sous-péritonéal, l'utérus et ses annexes, voici les faits qui sembleraient contraires à l'opinion de l'absorption du pus, et favorables à celle de l'inflammation.

La suppuration des vaisseaux lymphatiques ne se montre

pas uniquement dans les cas où le péritoine contient cette suppuration phlegmoneuse qui remplit le petit bassin; on l'observe aussi dans plusieurs cas de péritonite caractérisée par des fausses membranes très-épaisses et par une absence presque complète d'épanchement. Nous pouvons ajouter aussi que dans les cas où le pus occupe le petit bassin, et dans lesquels il y a cette sorte de macération de l'utérus au milieu du liquide purulent du petit bassin, sur laquelle nous avons insisté, les vaisseaux lymphatiques infiltrés de pus n'occupent plus la superficie de l'organe, les deux bords et les ligamens larges, mais on les rencontre dans l'épaisseur du tissu de l'organe, et par conséquent ils ne sont plus en rapport presque immédiat avec la suppuration, et ne peuvent être considérés comme ayant exercé sur elle leur action absorbante.

L'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal, très-fréquente, il est vrai, dans les cas où l'on observe du pus dans les lymphatiques, ne se rencontre pas toujours. D'ailleurs, quand elle existe, ce n'est pas toujours dans le point où l'on observe les lymphatiques purulens. Souvent c'est dans une région d'où ils ne tirent pas leur origine : quelquefois, par exemple, ce sont les lymphatiques du côté droit qui charrient du pus, et c'est du côté gauche qu'a lieu l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal. D'autres fois, et ce fait n'est pas moins remarquable que le précédent, on voit ces infiltrations séro-purulentes, quelquefois même de véritables abcès sous-péritonéaux traversés par des vaisseaux lymphatiques parfaitement sains, et dans lesquels on ne rencontre aucune trace de suppuration.

Les collections purulentes au milieu du tissu propre de l'utérus, ou bien l'infiltration purulente de ce tissu, sont deux lésions assez rares ; et quand on les rencontre, les lymphatiques qui avoisinent ou qui traversent ces parties ne présentent pas constamment du pus; souvent, au contraire, ils ont été vus dans une intégrité parfaite.

Quant à la suppuration de la face interne de l'utérus, quant à ces couches pseudo-membraneuses qui la recouvrent, et à ces escarrhes gangréneuses que la suppuration a détachées en partie, souvent la suppuration des vaisseaux lymphatiques a été constatée dans ces circonstances; mais quelquefois aussi l'on a observé ce même état des vaisseaux lymphatiques lorsqu'il n'existait à la face interne de la matrice qu'une simple couche sanguinolente, ou bien des ramollissemens sans aucune trace de suppuration. Dans notre résumé, dans celui que nous avons emprunté à M. Tonnellé, cette particularité s'est présentée plusieurs fois.

Portons-nous notre attention sur les rapports qui existent entre la suppuration des vaisseaux lymphatiques et celle des annexes de l'utérus, nous pouvons répéter ce que nous avons dit au sujet de la suppuration du péritoine. Ainsi dans les cas de suppuration des ovaires et des trompes utérines, quelquefois les vaisseaux lymphatiques qui en partent renferment du pus, mais souvent aussi ces vaisseaux n'en renferment aucune trace, et c'est dans les lymphatiques d'une toute autre région de la matrice que la lésion s'observe.

Mais le fait qui, sans contredit, est le plus frappant, celui dans lequel on ne peut révoquer en doute l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, c'est la suppuration de ces vaisseaux, indépendamment non-seulement de toute trace de suppuration, mais encore de toute altération du péritoine, de l'utérus et de ses annexes. Deux faits de ce genre sont signalés par notre ancien collègue M. Tonnellé, et il est bien regrettable qu'il n'en ait pas donné l'histoire détaillée. Un troisième fait a été observé par M. Cruveilhier, qui l'a publié dans tous ses détails.

Tels sont les argumens dont se servent les auteurs qui ont étudié la suppuration des vaisseaux lymphatiques, les uns pour soutenir que le pus a été introduit dans ces vaisseaux par une simple absorption, les autres pour prou-

ver qu'il s'est formé de toutes pièces dans l'intérieur des vaisseaux et par suite de leur inflammation. C'est d'après le nombre de faits que le hasard a groupés en faveur de telle et telle opinion, que chacun d'eux a soutenu l'une ou l'autre de ces deux théories. Longtemps nous avons pensé que la suppuration des vaisseaux n'était qu'un phénomène d'absorption ; car les faits étaient venus s'accumuler pour faire naître en nous cette opinion. Longtemps aussi M. Cruveilhier adopta cette manière de voir ; mais des faits nouveaux l'amenèrent bientôt à douter, et enfin lui firent adopter une opinion contraire. Ces nouveaux faits ont aussi fortement ébranlé notre conviction ; aussi pensons-nous qu'il est impossible d'admettre une seule et même lésion, un seul et même phénomène dans tous les cas de suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'utérus. Il est vrai que l'on a proposé une explication qui s'appliquerait à tous les cas, mais il nous semble, comme nous le verrons bientôt, que cette explication pèche par certains côtés.

Lorsqu'un vaisseau lymphatique contient de la suppuration dans son intérieur; lorsque ses parois présentent de la rougeur ou bien des concrétions pseudo-membraneuses; lorsqu'elles ont subi un certain degré d'épaississement, ou bien, lorsque ramollies et fragiles, elles cèdent à la moindre traction ; lorsque le tissu cellulaire environnant a subi cette induration que l'on observe autour des veines enflammées ; lorsqu'enfin ces lésions se montrent indépendamment de toute lésion, soit du péritoine, soit de l'utérus et de ses annexes, on ne doit pas hésiter à considérer la présence du pus dans les lymphatiques comme le résultat de leur inflammation. En effet, ces lésions sont celles qui caractérisent l'inflammation de ces vaisseaux ainsi que celle des autres parties de l'arbre circulatoire.

Mais le fait de l'inflammation, irrécusable pour le cas précédent, est-il applicable à tous les cas de suppuration des vaisseaux lymphatiques ? De ce que ces vaisseaux

ont pu, dans certaines circonstances, sécréter du pus dans leur intérieur, en sera-t il toujours ainsi ? Voyons ce qui se passe dans d'autres plus complexes : nous allons voir l'incertitude d'abord poindre, puis grandir.

Les vaisseaux lymphatiques ainsi, épaissis, ainsi ramollis, ainsi injectés, sont superficiels ; ils ont été baignés par la suppuration du péritoine, ils rampent au milieu d'un tissu cellulaire sous-péritonéal infiltré de pus, ou bien en suivant leurs radicules, on les voit se rendre vers un point du corps ou des annexes de l'utérus qui est le siége d'une suppuration plus ou moins abondante. Ici encore la phlegmasie des vaisseaux ne peut être mise en doute puisqu'ils présentent des traces incontestables d'inflammation. Mais on peut se demander si cette inflammation est primitive, et si elle n'est pas la suite d'un phénomène d'absorption.

Les vaisseaux lymphatiques qui charrient le pus ne présentent plus aucune altération ; leurs parois sont pâles, elles ont conservé leur épaisseur et leur consistance normales. Mais, de même que dans les cas précédens, ils sont en rapport avec la suppuration, soit du péritoine, soit du tissu cellulaire sous-péritonéal, soit de toute autre partie de l'utérus ou de ses annexes. Que dire alors pour expliquer la suppuration des vaisseaux lymphatiques ? Dirons-nous, par exemple, avec MM. Tonnellé et Nonat, que les lymphatiques qui contiennent la suppuration, n'en sont pas moins enflammés pour cela ? Dirons-nous, avec M. Nonat, que la présence du pus dans leur intérieur suffit pour témoigner de leur inflammation, et avec M. Tonnellé, que le propre des membranes pellucides est de ne laisser que des traces à peine sensibles de leur phlegmasie ? Non, sans doute, car avant tout, soyons conséquens avec nous-mêmes. Tout à l'heure les caractères anatomiques de l'inflammation de ces vaisseaux, l'injection, l'épaississement, le ramollissement de leurs parois étaient bien connus de ces Messieurs, et voilà qu'en présence d'une autre série des faits, ces lé-

sions si caractéristiques, ne sont plus essentielles et ont perdu toute leur valeur. Si l'inflammation des lymphatiques entraîne après elle certaines lésions, toutes les fois que ces vaisseaux seront enflammés, les mêmes lésions devront se trouver, non pas toujours toutes réunies, mais en plus ou moins grand nombre, de même que dans les cas d'inflammations veineuses les lésions se reproduisent toujours d'une manière constante et avec une valeur toujours égale. C'est ici qu'il est permis de douter fortement, et que l'on ne peut en saine logique admettre une inflammation des vaisseaux lymphatiques utérins. Pour que la question fût résolue en faveur de l'inflammation dans ces cas d'intégrité des parois vasculaires, il faudrait que du pus eût été observé dans ces vaisseaux indépendamment de toute lésion de leurs parois, du péritoine, de l'utérus et de ses annexes. Alors on pourrait affirmer que les vaisseaux lymphatiques peuvent être enflammés au point de sécréter du pus dans leur intérieur sans que cette inflammation laisse sur leurs parois les traces de son existence. Mais malheureusement il n'existe qu'un seul fait qui puisse actuellement juger la question. C'est le fait observé et rapporté par M. Cruveilhier. Il réunit effectivement toutes les conditions voulues ; il y a suppuration dans les vaisseaux lymphatiques indépendamment de toute lésion du péritoine, de l'utérus et de ses annexes. Voyons, si dans ce fait il existe suppuration des vaisseaux sans traces de phlegmasie et sans altération de leurs parois. Nous trouvons dans les détails de l'autopsie les particularités suivantes, relativement à l'état des parois des vaisseaux lymphatiques. « Les vaisseaux superficiels de l'utérus forment des cordons noueux le long des faces et des bords de cet organe, et le long de la veine ovarique du côté gauche. Le pus cesse brusquement dans les vaisseaux, et par conséquent n'atteint pas les ganglions lombaires. Les vaisseaux ouverts donnent issue à un pus d'une certaine consistance, et au milieu duquel se voient *quelques concré-*

tions blanchâtres assez semblables au coagulum que l'on rencontre dans les veines. Les parois de ces vaisseaux étaient *entourées d'un tissu cellulaire dense, et les orifices des coupes de ces vaisseaux ne s'affaissaient pas complètement.* » Ainsi dans le seul fait qui puisse être invoqué pour juger la question, nous voyons que les vaisseaux lymphatiques présentent ces altérations de leurs parois reconnues pour être le produit de leur inflammation, c'est-à-dire, qu'il y a épaississement des parois de ces vaisseaux, induration du tissu cellulaire ambiant, et pseudo-membranes à leur intérieur, et que, par conséquent, il est impossible, dans ce cas, de dire que le pus contenu dans leur intérieur *est la seule trace de leur phlegmasie*, ou bien que les parois de ces vaisseaux, ainsi que *les membranes pellucides, ne doivent laisser que très-peu de traces de leur phlegmasie.*

Certes, l'opinion de M. Cruveilhier nous paraît plus admissible, quoiqu'elle ne soit encore qu'une hypothèse. Elle a au moins le mérite de n'être entachée d'aucune contradiction. M. Cruveilhier admet que les vaisseaux lymphatiques ne sont pas enflammés dans les portions que l'on observe le plus ordinairement, c'est-à-dire, dans leurs troncs principaux, et l'absence de toute lésion phlegmasique en est pour lui un sûr garant. Mais, suivant lui, le pus n'en est pas moins le produit d'une phlegmasie qui aurait attaqué un point plus ou moins éloigné du système lymphatique et plus ou moins rapproché de ses ramifications capillaires. Le pus formé vers ces radicules véritablement enflammées pourrait circuler ainsi dans le reste des vaisseaux sans en produire l'inflammation, et dès-lors s'expliquerait l'absence de toute trace de phlegmasie dans les vaisseaux d'un calibre déjà considérable. M. Cruveilhier base cette opinion surtout sur un fait dont il a été témoin. A l'autopsie d'un homme qui succomba à une fièvre typhoïde, et chez lequel avait existé un phlegmon suppuré de la

jambe, il observa du pus dans les vaisseaux lymphatiques et jusque dans les ganglions inguinaux. Jusqu'au tiers moyen de la cuisse l'on trouvait un tissu cellulaire dense, infiltré de sérosité tout autour du vaisseau. Mais au-dessus l'on voyait du pus dans ces vaisseaux sans aucune trace d'infiltration ou d'injection autour d'eux. Les ganglions inguinaux présentaient le même état d'intégrité. Un phénomène analogue se passerait donc, suivant M. Cruveilhier, dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus. Cette opinion nous semble beaucoup plus probable que celle qui consiste à admettre des lésions caractéristiques de la lymphangite, et à les rejetter ensuite un moment après quand elles deviennent embarrassantes pour l'explication des phénomènes. Mais pour être assise sur des bases solides, cette manière de voir demanderait des faits qui nous manquent: il faudrait, comme dans ce cas de phlegmon à la jambe, que l'on eût observé des vaisseaux lymphatiques charriant du pus avec intégrité de leurs parois, dans une certaine étendue, et avec traces de phlegmasie sur les branches d'un calibre inférieur. Or, les faits de cette nature manquent et manqueront peut-être encore long-temps, car des difficultés sans nombre entourent de pareilles recherches, que les investigations microscopiques pourraient peut-être seules rendre fécondes en résultats.

Nous pensons donc que cette question, qui semblait être résolue, ne l'est pas encore entièrement; que là où les faits manquent nous devons nous arrêter; que passer outre serait s'engager sur un terrain trop mouvant sur lequel on ne saurait bâtir faute de point d'appui. Aussi est-il impossible pour nous d'admettre que dans tous les cas où l'on rencontre du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus, ces vaisseaux sont le siège d'une phlegmasie. Elle sera évidente pour nous cette phlegmasie dans les cas où il existe des traces d'inflammation; dans les autres nous sommes bien forcés d'admettre, soit un simple phénomène

d'absorption, soit une lymphangite capillaire qui donnerait naissance à la suppuration, et permettrait au pus de circuler dans le reste du système lymphatique sans l'enflammer, et c'est l'observation qui pourra seule donner plus de poids à l'une ou à l'autre de ces deux hypothèses.

Symptômes qui accompagnent la suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'utérus. — Lorsque les lymphatiques des parties extérieures sont frappés d'inflammation, le diagnostic n'est pas difficile à établir. Le trajet connu de ces vaisseaux, leur forme que l'inflammation rend encore plus évidente en exagérant les renflemens qu'ils présentent, et leur aspect moniliforme, la traînée de rougeur et de douleur qu'ils laissent dans toute l'étendue où ils sont enflammés, sont des caractères auxquels ne pourrait se tromper aucun observateur instruit de la possibilité de leur inflammation. En est-il de même des vaisseaux lymphatiques situés profondément? Que le vaisseau, au lieu d'occuper la superficie d'un membre, en occupe la profondeur, le diagnostic devient impossible : que dire alors de la phlegmasie des vaisseaux lymphatiques de viscères tels que la matrice? Ces vaisseaux sont encore bien plus éloignés et soustraits d'une manière bien plus complète encore à tous nos moyens d'investigation. Ce qui vient encore ajouter aux difficultés, c'est que rarement l'altération des vaisseaux lymphatiques existe seule; elle s'accompagne, dans la grande majorité des cas, d'autres lésions qui, par leur nature, leur étendue, les symptômes qu'elles provoquent, doivent parler plus haut que l'altération des vaisseaux lymphatiques. Ajoutons de plus à ces considérations que, si la suppuration des vaisseaux lymphatiques de la matrice n'est pas une maladie à part, et que si elle est seulement la conséquence d'autres maladies, soit du péritoine, soit de l'utérus et de ses annexes; si, par exemple, cette suppuration n'est qu'un phénomène d'absorption, les malades succomberont dans la plupart des cas par la maladie

primitive, et avant que la présence du pus dans le système lymphatique ait eu le temps de se révéler par des symptômes propres.

Nous ferons remarquer à l'appui de cette dernière considération, que la suppuration des vaisseaux lymphatiques n'imprime pas à l'économie une modification aussi rapide que la présence du pus dans le système veineux. Une fois formée dans les veines, la matière purulente est bientôt portée dans tout le système circulatoire. Le système veineux, en effet, offre un libre passage à la matière purulente qui est en circulation dans son intérieur; mais il n'en est plus de même dans le système lymphatique. Le pus, avant d'arriver dans le torrent circulatoire, est arrêté plus ou moins long-temps dans les ganglions lymphatiques où se rendent les vaisseaux lymphatiques qui le charrient. C'est ce que prouve en effet l'anatomie pathologique : presque toujours la suppuration est bornée aux lymphatiques de l'utérus; quelquefois elle s'étend jusqu'aux ganglions, et très-rarement on la retrouve dans le canal thorachique, puisque nous ne trouvons que deux cas de cette espèce sur quatre-vingt cas de suppuration des vaisseaux lymphatiques. Du reste, M. Cruveilhier a été vivement frappé de cette différence si essentielle entre la suppuration des veines et celle des vaisseaux lymphatiques, et c'est ce qui lui fait dire dans l'excellent article que nous avons déjà mis à contribution : « Les liquides en circulation dans les vaisseaux lymphatiques n'arrivent pas directement dans le sang. Ils traversent un ou plusieurs ganglions lymphatiques, espèces de filtres vivans où le liquide est en quelque sorte jugé et le plus souvent arrêté lorsqu'il possède des qualités délétères. » « Voyez, ajoute-t-il, ce qui se passe dans les piqûres des anatomistes. Les vaisseaux correspondans à la plaie s'enflamment, mais rarement on observe des phénomènes généraux, et quand ils existent rien ne prouve qu'ils aient été le produit de la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques. »

Toutes ces circonstances sont autant de difficultés pour le diagnostic de la maladie, et elles en rendent la symptomatologie des plus incertaines. Il faudrait, ainsi que l'observe M. Bouillaud (1), rencontrer cette affection à l'état simple, isolée de toute autre inflammation, afin de pouvoir en analyser les symptômes, et les faits de cette espèce manquent complètement. Pour nous, nous ne connaissons que l'observation rapportée par M. Cruveilhier, qui puisse servir à une analyse de cette espèce, et nous allons voir quels sont les phénomènes en relief dans cette observation.

Obs. IXe — *Fièvre puerpérale; mort le 9.e jour; pus dans les vaisseaux lymphatiques sans autre lésion.* — Girardot (Marguerite), âgée de 36 ans, d'une forte constitution, entrée le 2 mai 1831, accouche le même jour. Le travail dure neuf heures. (L'épidémie avait complètement cessé). Etat très-satisfaisant le 3 et le 4 au matin. Le 4 au soir, frisson qui dure une demi-heure, et est suivi de sueur et de céphalalgie.

Le 5, à la visite, fréquence du pouls; pression à l'hypogastre déterminant une douleur légère. (30 sangsues; cataplasme; bain de siége; gomme édulcorée; diète).

Le soir, vomissemens de matières verdâtres; plusieurs selles en diarrhée.

Le 6, pouls fréquent, développé; face rouge; céphalalgie; hypogastre douloureux à la pression; toux et mouvemens développant de la sensibilité vers cette région. Soif. Chaleur; sécrétion laiteuse. (Saignée; bain de siége; cataplasme; 20 sangsues à l'hypogastre).

Le 7, céphalalgie moindre; vomissemens bilieux; douleur à l'hypogastre vers la fosse iliaque gauche; pouls marquant 128 pulsations; nausées; efforts de vomissemens et vomissement au moindre mouvement, à la moindre inges-

(1) *Dict. de Méd. et de Chir.-pratique*, art *Lymphangite*.

tion des boissons. (20 sangsues; bain de siége; potion avec bi-carbonate de soude; limonade citrique).

Les 8, 9, 10, point d'amélioration; face altérée, jaunâtre; douleur légère; tuméfaction à la région hypogastrique, et surtout à gauche; pression assez forte pour déterminer la sensibililé. Du reste, ventre non ballonné; pouls faible et fréquent, à 128 pulsations. (Demi-potion calmante pour la nuit; bain de siége).

Le 11, la malade se croit très-bien, demande à manger. Loquacité. On est obligé de lui imposer silence. Pouls petit, fréquent; 128 pulsations. Abdomen volumineux, mais souple, indolent; plus d'envies de vomir, mais selles en diarrhée. (Demi-potion calmante; 3 bouillons, confitures; bain de siége).

Le soir, pouls extrêmement petit et fréqnent; agitation extrême pendant la nuit; insomnie. Une selle en diarrhée.

Le 12, pouls misérable, extrêmement fréquent; abdomen insensible; léger délire. (Potion avec sulfate de quinine, gr. 12; deux vésicatoires aux cuisses).

Le 13, délire violent qui oblige de fixer la malade dans son lit. Ce délire est diminué à l'aide d'une potion calmante. Mort à huit heures du soir, onzième jour de l'accouchement et neuvième de l'invasion de la maladie.

Autopsie le 14 au matin, 12 heures après la mort. — Point de péritonite, point d'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal. Les vaisseaux superficiels de l'utérus forment des cordons noueux le long des faces et des bords de cet organe, et le long de la veine ovarique du côté gauche. Le pus cesse hrusquement dans ces vaisseaux, et par conséquent n'atteint pas les ganglions lombaires. Ces vaisseaux ouverts donnent issue à un pus d'une certaine consistance, et au milieu duquel se voient quelques concrétions blanchâtres, élastiques, assez semblables au coagulum que l'on rencontre dans les veines. Plusieurs de ces vaisseaux aboutissaient aux ganglions lymphatiques qui oc-

cupent le trou sous-pubien. Les parois de ces vaisseaux étaient entourées d'un tissu cellulaire dense, et les orifices des coupes de ces vaisseaux ne s'affaissaient pas complètement. En coupant l'utérus par couches minces successives, on voyait une multitude d'ouvertures pleines de pus; ces ouvertures appartenaient non à des veines, mais à des vaisseaux lymphatiques, lesquels formaient des aréoles entre les diverses couches de l'utérus. Les veines étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité.

La face interne de l'utérus, les cotylédons utérins étaient recouverts d'une couche noirâtre pseudo-membraneuse; les veines de ces cotylédons étaient remplies de sang.

Les ovaires, les trompes, tous les organes de l'abdomen, du thorax, et le cerveau étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité. (Cruveilhier. *Anat. pathol. du corps humain.* 13e livr. p. 5).

Nous trouvons dans cette observation un grand nombre de phénomènes qui s'observent dans les cas de métro-péritonite, compliqués d'autres lésions que de lymphangite. Plusieurs de ces symptômes appartiennent aussi bien à la métrite simple, à la péritonite, à la phlébite utérine qu'à la lymphangite; essayons cependant de signaler quelques légères nuances que des faits plus nombreux viendront, il faut l'espérer, faire ressortir davantage.

La douleur que la malade a éprouvée vers la région de l'utérus, n'a jamais été très-vive. Cette douleur était bornée à la région hypogastrique et s'étendait un peu vers la fosse iliaque gauche; pour se révéler, elle exigeait une pression assez forte. Nous retrouvons là une analogie frappante avec la phlébite utérine ou bien avec la métrite simple; car dans ces deux affections, lorsqu'elles sont simples, la douleur que détermine la pression exercée à l'hypogastre n'est jamais très-vive. Cette concentration de la douleur vers l'hypogastre, son peu d'acuité, peut servir aussi à distinguer la

maladie de la péritonite, dans laquelle la douleur est beaucoup plus générale, et déterminée dans toute l'étendue du ventre par la pression la plus légère.

La tuméfaction était bornée à l'hypogastre, ce qui dépendait de ce que l'utérus n'était pas revenu sur lui-même. Dans la phlébite utérine, dans la métrite simple, dans la métrite gangréneuse, nous retrouvons cette même particularité. Ici encore se trouve un caractère différentiel entre la lymphangite et la péritonite, c'est l'absence de ballonnement du ventre. Mais, ainsi que nous venons de le dire, ce caractère différentiel se retrouve dans la phlébite utérine, dans la métrite simple ou la métrite gangréneuse. Mais si les deux affections se combinent, ce qui arrive souvent, si, en même-temps que le péritoine est frappé d'inflammation, le système lymphatique l'est aussi; alors ce caractère distinctif disparaît complètement.

Les nausées et les vomissemens se sont présentés au début de la maladie et ont persisté pendant un temps assez long. Or, ces phénomènes se présentent au début de la métrite simple, au début de la phlébite utérine, et surtout au début de la péritonite. Nous ne pouvons donc retirer de leur présence aucun caractère distinctif. La diarrhée qui est survenue au bout de quelques jours, et qui semble avoir remplacé les vomissemens, se retrouve aussi dans presque tous les autres cas de métro-péritonite avec absence de lymphangite.

Du côté de la respiration, nous ne trouvons aucun phénomène particulier. Or, elle est excessivement accélérée et très-pénible dans la péritonite. Dans la métrite gangréneuse, elle est extrêmement fréquente, les malades semblent, en quelque sorte, périr par une véritable asphyxie.

Quant à la circulation, elle a présenté une fréquence que l'on retrouve dans tous les cas de péritonite, le pouls a acquis une petitesse excessive, mais seulement au bout de quelque temps. Donnerons-nous comme caractère distinc-

tif que, dans la péritonite, le pouls offre dès le début de la maladie, de la petitesse et de la concentration? Dirons-nous, pour établir sons ce rapport quelque différence avec la métrite gangréneuse que, dès le début, la circulation est petite, misérable, qu'elle paraît se suspendre dans les capillaires et que l'on observe une teinte violacée de la face et des extrémités? Mais cette distinction, qui paraît peut-être un peu subtile, a besoin de s'étayer sur des faits plus nombreux.

La malade a éprouvé des frissons au début de la maladie, et c'est de cette manière que débutent, soit la péritonite, soit la phlébite utérine, soit la métrite gangreneuse. Mais ce frisson ne s'est montré qu'au début de la maladie et ne s'est pas montré les jours suivans. Nous trouvons ici un caractère qui peut servir à faire distinguer la lymphangite à l'état de simplicité d'avec la phlébite utérine; dans cette dernière maladie, en effet, l'on observe presque toujours des frissons irréguliers, qui reviennent à plusieurs reprises dans la même journée, et cela jusqu'à la terminaison fatale de la maladie. Ce dernier caractère a été donné par M. Nonat, comme le seul qui puisse servir à faire distinguer la lymphangite de la phlébite.

Nous remarquerons du côté des sécrétions, une particularité dans l'observation de M. Cruveilhier; c'est que la sécrétion du lait ne s'en est pas moins opérée, quoique la maladie fût déjà dévelopée. Dans la péritonite, dans la métrite gangreneuse, cette sécrétion ne s'opère pas et les mamelles s'affaissent au lieu de présenter cette turgescence qui accompagne la sécrétion laiteuse.

Quant aux phénomènes qui ont existé du côté du système nerveux, ils n'appartiennent pas essentiellemeut à la lymphaugite, on les retrouve dans la péritonite simple. Dans la phlébite utérine, des phénomènes typhoïdes très-prononcés apparaissent. Dans l'observation de M. Cruveilhier, nous ne voyons aucun trait qui caractérise cet état et

la malade est restée en proie à une agitation assez forte jusqu'au moment de sa mort.

M. Cruveilhier signale encore un trait qui distingue la lymphangite de la phlébite utérine; c'est l'absence, dans la première de ces deux affections, de ces collections purulentes multiples que l'on retrouve si souvent dans les muscles, les parenchymes des viscères, et les articulations à la suite de la phlébite utérine. En effet, jamais nous n'avons trouvé de ces abcès dans les cas de suppuration des vaisseaux lymphatiques; une seule fois (Obs. V.), nous avons trouvé une infiltration purulente autour de l'articulation d'un poignet; mais dans ce cas, il y avait en même temps phlébite utérine.

Tels sont les faits principaux que fait ressortir l'analyse de la seule observation de suppuration des vaisseaux lymphatiques avec intégrité complète de l'utérus et du péritoine, que la science possède jusqu'à ce jour. Il est à désirer que les observations de cette nature se multiplient, car c'est par elles seules que plusieurs points de la question pourront être éclairés.

Quant *au pronostic* de l'affection qui nous occupe, il paraît grave, et la mort semble être la terminaison la plus fréquente de la maladie. Mais ici encore les faits manquent, et l'on peut se demander si c'est plutôt aux lésions qui accompagnent la lymphangite, qu'à la lymphangite elle-même que les malades succombent. Cependant, d'après plusieurs faits que j'ai observés sur des malades qui avaient résisté aux accidens primitifs de la maladie, et qui avaient succombé beaucoup plus tard à des accidens de toute autre nature, j'ai trouvé des vaisseaux lymphatiques contenant çà et là une matière pseudo-membraneuse, adhérente aux parois des vaisseaux, faisant corps avec elles et tendant à les oblitérer, comme dans la phlébite qui se termine par l'oblitération du vaisseau. Du reste, M. Cruveilhier a observé les mêmes particularités : « La présence d'un pus con-

cret, dit-il, chez les malades qui ont résisté aux accidens primitifs, semblerait dénoter qu'il se passe, dans les vaisseaux lymphatiques, quelque chose de semblable à ce qui se passe dans la phlébite circonscrite, c'est-à-dire, que le pus finit par être absorbé complètement. La concentration, la solidification du pus, attestent, en effet, le phénomène de l'absorption. »

Le traitement de la lymphangite utérine ne saurait être assis maintenant sur des bases certaines. Il faudrait que la question de savoir si cette suppuration des vaisseaux tient à leur inflammation ou bien à l'absorption du pus, eût été jugée définitivement; et, ainsi que nous ne cesserons de le répéter, la question est encore bien loin de pouvoir être résolue. Du reste, un traitement anti-phlogistique énergique est, sans contredit, ce qu'il y a de plus rationnel; si la suppuration des vaisseaux lymphatiques est le résultat de leur inflammation, il sera propre à la combattre; si, au contraire, elle n'est qu'un phénomène d'absorption, ce phénomène succède à une inflammation qui frappe les parties environnantes, et qui se termine par suppuration. Alors le traitement antiphlogistique est encore le plus convenable pour prévenir la suppuration des parties auxquelles se distribuent les vaisseaux lymphatiques.

De la nécessité de revenir à la méthode de Théden dans le traitement des plaies des artères d'un moyen volume; par M. PIGRAUX, *docteur-médecin.*

Jusqu'au 16.e siècle, les plaies artérielles simples et non compliquées d'anévrysme furent uniquement traitées, soit par la compression seule, soit par la section complète du vaisseau aidée d'une compression méthodique et de l'emploi de substances absorbantes ou astringentes. Jamais jusqu'à cette époque il ne vint à l'esprit d'un praticien d'appliquer au traitement des plaies artérielles les ligatures exclusive-

ment réservées alors aux anévrysmes. On ne voit pas que de trop nombreux insuccès de cette méthode les aient engagés à modifier leur pratique.

Plus tard, lorsqu'Ambroise Paré eut employé la ligature pour arrêter le sang des artères dans les amputations, lorsqu'on en eût reconnu l'avantage sur les méthodes barbares préconisées de son temps, on s'empressa de transporter aux artères blessées dans la continuité des membres le procédé de Paré, sans réfléchir sur son inutilité. Envain quelques praticiens tentèrent de s'opposer à cette innovation, en faisant ressortir les inconvéniens de cette méthode dont le moindre était de soumettre les malades à des opérations au moins inutiles, et en réclamant la compression déclarée suffisante dans l'immense majorité des cas, et par l'expérience des siècles passés, et plus encore par la pratique journalière. La ligature, ajoutaient-ils, est un moyen extrême qu'on ne doit appliquer qu'en dernier ressort dans les cas où échoue la simple compression. Ce procédé avait d'ailleurs, à leurs yeux, l'avantage de guérir sans que le cours du sang fût interrompu dans le vaisseau, et en cas d'insuccès, d'accroître les chances de réussite pour les ligatures, en raison de l'ampliation des anastomoses qui s'effectue par le fait de la compression exercée sur le vaisseau principal du membre.

Nonobstant cela, l'opinion contraire a prévalu. L'efficacité immédiate des ligatures, la tranquillité qu'elles laissent au praticien, le désir de prévenir la formation d'un anévrysme, et surtout la promptitude de la guérison, assurèrent à cette méthode une préférence contre laquelle sont venues échouer toutes les tentatives faites pour rendre à la compression son antique et juste renommée. A Dieu ne plaise que je veuille ici proscrire les ligatures; je veux tenter uniquement d'en rendre l'emploi moins exclusif, et indiquer un procédé qui les remplace la plupart du temps avec le plus grand avantage, et prévient une opéra-

tion toujours blâmable lorsqu'elle n'est pas indispensable.

De toutes les méthodes de compression, celle qui me paraît la plus propre à procurer une guérison prompte et presque certaine, est celle dont Théden a fait ressortir les avantages dans sa pratique; c'est elle que je tente de réhabiliter parmi nous. Aujourd'hui, il n'est plus permis d'en douter, la circulation ne s'effectue pas exclusivement sous l'influence du cœur : chaque partie de l'économie appelle, attire le sang qui vient la vivifier, en raison de son activité propre. C'est ce qui fait battre avec tant de force les artères temporales dans certaines céphalalgies, les collatérales des doigts dans le panaris, le tronc cœliaque dans certaines gastralgies, et toutes indépendamment, non-seulement des autres artères du corps, mais aussi des artères les plus voisines même de celles où elles prennent naissance.

Or, lorsqu'une artère est blessée, dans la continuité d'un membre, par exemple, on peut admettre qu'une des causes qui appellent le sang vers la plaie avec le plus d'activité est la libre circulation de cette partie du membre qui se trouve entre la blessure et la périphérie. Si donc, par une compression méthodique, vous atténuez autant què possible l'activité de l'abord du sang vers ces parties, vous mettrez l'orifice de la plaie artérielle dans le plus grand repos, et vous augmentez d'autant les chances de cicatrisation. Telle ne fut pas la théorie qui guida Théden dans l'invention de sa méthode, mais au moins tel est le résultat des conclusions à tirer de sa pratique. Long-temps il employa son procédé avec un tel succès, qu'il tenait, comme les anciens, la ligature pour superflue dans le cas qui nous occupe.

Or, voici en abrégé sa méthode : il mettait des compresses graduées sur le trajet de l'artère blessée, depuis l'endroit de la solution de continuité jusqu'à l'extrémité du membre; puis il entourait celui-ci de tours de bandes, en remontant jusqu'à quelque distance au-dessus de la blessure. Il serrait assez fortement ses tours de bandes pour

engourdir légèrement le membre. Le tout était arrosé de temps en temps d'eau alumineuse, et resserré au besoin. De cette manière, les pulsations artérielles cessaient bientôt d'être perceptibles au-dessous de la blessure, et en très-peu de temps il obtenait sans opération une guérison radicale. Que si l'on voulait réunir dans l'emploi de cette méthode le plus grand nombre de chances de réussite, je ne doute pas qu'il conviendrait d'y associer le procédé des anciens, qui voulaient qu'on achevât la section du vaisseau.

En effet, si l'on réfléchit que cette pratique seule a suffi pendant plusieurs siècles, et qu'en définitive les bouts du vaisseau, une fois séparés par la rétraction des tuniques profondes, sont dans les conditions les plus favorables pour se cicatriser, on sentira que l'emploi simultané de ces deux méthodes doit avoir les résultats les plus désirables.

A l'appui de ces données théoriques et pratiques, je rapporterai quelques faits de ma pratique ou de celle de médecins connus qui ont employé de nos jours la compression avec un succès auquel ils étaient loin de s'attendre.

Ire. Obs. — En 1828, étant dans le service de M. Sanson, un ouvrier envoyé par le bureau central se présente avec une plaie considérable qui intéressait la partie externe et inférieure de l'avant-bras gauche. L'artère radiale avait été coupée, ou au moins largement ouverte; depuis deux jours on avait vainement tenté en ville d'arrêter le sang par une compression toute locale. Le chef de service entreprit sans succès de trouver les bouts du vaisseau blessé au milieu des parties gonflées et douloureuses. Alors il se décida à comprimer la main et tout l'avant-bras : il plaça des compresses graduées sur la cubitale, l'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même, la plaie s'affaissa, et en moins de trois semaines la guérison fut complète.

IIe. Obs. — Il y a bientôt deux ans, je fus appelé avec M. le docteur Bérard jeune, pour donner des soins à un layetier de la rue du Mail qui s'était coupé d'un coup de

couteau qui lui avait traversé la paume de la main, et avait intéressé quelques branches de l'arcade palmaire superficielle, issues de la radiale.

Ne pouvant pas entreprendre de lier les bouts profondément situés du vaisseau blessé, M. Bérard découvrit la radiale, et y plaça une ligature. Mais il put bientôt se convaincre de l'inutilité de son opération, car l'artère radiale se mit peu après à battre avec force au-dessous de la ligature; alors je conseillai de comprimer la cubitale, ce qui fit cesser toute pulsation. La compression fut maintenue, et l'hémorrhagie ne se renouvela pas. En peu de temps la guérison fut complète et sans récidive.

IIIe. Obs. — Au mois de juin dernier, je montais la rue du Faubourg Poissonnière, lorsque je rencontrai un ouvrier qui venait de se couper la radiale du bras gauche d'un coup de couteau fraîchement repassé. J'arrêtai d'abord l'hémorrhagie en comprimant la brachiale, et lorsqu'un second médecin fut arrivé, nous mîmes en pratique la compression de la main et de l'avant-bras, selon la méthode de Théden. Le malade eut d'abord de la peine à supporter la compression; bientôt le gonflement de la main diminua, l'hémorrhagie ne se renouvella pas : au bout de dix-huit jours la guérison était complète, malgré la formation d'un petit abcès entre les lèvres de la plaie.

IVe. Obs.—Voici maintenant l'observation la plus importante que je connaisse, puisqu'elle montre l'efficacité de cette méthode sur les artères du plus gros calibre.

Un ouvrier s'était ouvert l'artère fémorale à quelques pouces au-dessous de l'arcade des pubis; la perte de sang fut considérable; en peu de temps l'individu fut presque exsangue. Les assistans tamponnèrent la plaie, et parvinrent à se rendre maîtres de l'hémorrhagie. Le docteur Lembert aîné, appelé presque aussitôt, reconnut la gravité de la blessure, et, tirant l'indication de l'efficacité de la

compression, résolut de confier à la méthode de Théden la guérison d'une plaie aussi grave.

Il couvrit tout le membre de tours de bandes, en pratiquant une compression plus forte sur le trajet de l'artère fémorale. L'hémorrhagie ne se renouvela pas, la plaie marcha vers une prompte guérison, et en moins d'un mois ce malade fut rendu à ses occupations. Selon toute probabilité, à en juger par la largeur et la direction de la plaie, la section du vaisseau avait été complète.

De l'ensemble de ces observations et de ces réflexions, s'ensuit-il qu'on ne devra jamais avoir recours à la ligature dans les plaies artérielles ? Nous ne le pensons pas ; mais toutes les fois que la méthode de Théden sera praticable, nous croyons qu'on lui doit au moins la priorité, jusqu'à ce que de nouvelles expériences aient prouvé qu'elle est moins efficace, moins prompte à guérir, et qu'elle est sujette à plus de récidives.

A notre avis, cette méthode est dès maintenant toujours préférable à la ligature du vaisseau d'où naît la branche blessée, surtout lorsqu'on se rapproche des extrémités. On doit l'employer lorsque la ligature des deux bouts est très-difficile ou impraticable. Elle est de beaucoup plus sûre que la compression toute locale, dont les défauts ont fait rejeter la méthode de Guattani, malgré les succès qu'elle a obtenus entre les mains de ce célèbre praticien : elle ne doit être rejetée que pour les plaies des artères du cou. Nous conseillerons cependant d'aider la ligature par la compression du membre thoracique correspondant au côté de la blessure. Que si nous parvenions à diminuer le nombre d'opérations sanglantes journellement pratiquées pour des blessures qui ne les réclament pas et sur des malades qui les redoutent, nous croirions avoir rendu à la méthode de Théden toute la célébrité qu'elle mérite, et à la pratique un service véritable, en facilitant son application journalière.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur l'emphysème vésiculaire du poumon, et sur la paralysie des muscles intercostaux et du diaphragme; par William Stokes (1).

I.re partie. — *Emphysème.*

Les signes physiques de cette maladie ont leur source dans les circonstances suivantes :

1.° La plus grande quantité d'air contenue dans la cavité thoracique;

2.° L'augmentation de volume des poumons, et l'obstacle que les parois du thorax apportent à cet accroissement ;

3.° Le déplacement du cœur et des viscères abdominaux ;

4.° L'inflammation des petits tubes bronchiques ;

5.° La congestion des poumons ;

6.° L'existence des vésicules sous-pleurales de Laennec.

La percussion du thorax donne lieu à un bruit anormalement clair, non tympanique, comme dans le pneumo-thorax, mais qui peut être considéré comme le bruit pulmonaire au maximum. Si la maladie est étendue à une grande partie du poumon, cette sonoréité est générale ; mais elle peut être observée dans une région circonscrite de la poitrine, et correspondre seulement à la partie la plus affectée du poumon. Elle diffère d'une manière remarquable de la sonoréité qui décèle l'état sain du poumon, en ce qu'elle est à peine modifiée, si même elle l'est, par suite d'une profonde inspiration. Ce dernier phénomène s'observe également dans l'hépatisation du tissu pulmonaire ; et, bien que se produisant dans des cir-

(1) *The Dublin Journal*, N.° 25. (G. Richelot).

constances opposées, comme la raréfaction et la condensation du tissu du poumon, il n'en est pas moins dû, dans les deux cas, à la même cause, c'est-à-dire, la diminution considérable du volume d'air qui entre dans la poitrine à chaque inspiration.

Souvent le son est clair jusqu'à la partie inférieure du thorax; la matité normale de la région postéro-inférieure du côté droit disparait; et, à moins que le cœur ne soit très-développé, la région précordiale donne un son extrêmement clair : ceci a surtout lieu lorsque le poumon recouvre le péricarde dans une certaine étendue, ce dont on peut facilement s'assurer au moyen du sthétoscope.

Mais dans presque tous les cas où la maladie est très-étendue, elle est compliquée d'hypertrophie du cœur, conséquence de la gêne prolongée et toujours croissante de la circulation pulmonaire. Cette circonstance donne lieu à une augmentation de la matité, au niveau de cet organe, particulièrement à son côté droit. On trouve donc, depuis le point correspondant au ventricule gauche jusqu'au bord droit du sternum, une matité qui varie en étendue suivant l'intensité de l'affection pulmonaire. Tel est le cas le plus ordinaire; mais chez un petit nombre de malades, bien que l'hypertrophie du cœur soit considérable, cette région donne à la percussion un son clair, ou du moins une matité qui n'est point en rapport avec l'altération du cœur. Cette particularité s'explique par l'accroissement de volume du poumon, qui, en rejetant les parois thoraciques en avant, ensevelit, en quelque sorte, le cœur dans l'intérieur de la poitrine. Dans de tels cas, l'impulsion du cœur n'offre plus la mesure de son hypertrophie, et l'on est surpris de trouver à l'autopsie cadavérique un cœur très-volumineux chez un sujet pendant la vie duquel on n'avait observé qu'une impulsion légère dans la région précordiale et dans la partie inférieure de la région sternale. On peut établir en règle générale,

que dans les cas où cette complication existe avec une impulsion très-distincte, la région du cœur donnera un son mat.

La sonoréité anormale de la poitrine ne s'observe pas à toutes les périodes de la maladie; on ne la rencontre que lorsque celle-ci est arrivée à un degré avancé, et elle peut manquer entièrement avant cette époque. La dilatation des cellules aériennes peut être arrivée juste au point de rendre la respiration plus faible d'une manière sensible, sans déterminer une augmentation appréciable de la sonoréité du thorax. J'en ai vu un exemple remarquable chez un malade qui a été traité dans mes salles, et qui présentait une réunion de symptômes propres à me faire soupçonner l'existence d'un anévrysme de l'aorte. Sa maladie durait depuis environ cinq mois; jusque-là il s'était toujours bien porté. Il contracta un rhume, auquel succédèrent une dyspnée intense qui était provoquée par l'exercice, et une douleur peu vive qui occupait le dos et la partie supérieure de la poitrine. Les deux côtés de la poitrine résonnaient également; ils n'offraient aucune sonoréité anormale. Dans le poumon droit, la respiration était puérile, tandis que, dans la partie supérieure du poumon gauche, elle était extrêmement faible. L'impulsion et les bruits du cœur au-dessous du sein gauche paraissaient naturels, mais on percevait une double pulsation à la partie supérieure du côté gauche; il n'y avait ni bruit de souflet, ni dysphagie, ni respiration laryngienne.

Ce malade offrait un groupe de symptômes qui pouvait bien dépendre d'une petite tumeur anévrysmale comprimant la bronche gauche. Cependant je ne portai aucun diagnostic précis. Le malade mourut peu de temps après, avec un hydrothorax. A l'autopsie cadavérique, on ne trouva point d'anévrysme, mais une dilatation des cellules pulmonaires seulement dans la portion supérieure du poumon gauche; en outre, les cavités droites

du cœur étaient dilatées et un peu hypertrophiées. La diminution du bruit respiratoire, dans ce cas, était due évidemment à la dilatation des cellules. Ainsi, cette affection peut exister à un degré assez avancé *pour donner des signes stéthoscopiques évidens, sans que la sonoréité thoracique en soit augmentée d'une manière perceptible.* Dans d'autres cas, il m'est arrivé également de trouver, à la dissection, la dilatation des cellules pulmonaires dans une certaine étendue, bien que, pendant la vie, la percussion n'ait donné aucun résultat anormal.

Les modifications du bruit respiratoire, dans l'affection qui nous occupe, reconnaissent les causes suivantes :

1.° L'augmentation du volume des poumons ;

2.° L'existence d'une bronchite, affectant principalement les tubes d'un petit calibre, et compliquée souvent de congestion pulmonaire ;

3°. La formation des vésicules sous-pleurales.

La première de ces trois causes de modification du bruit respiratoire est la plus importante sous le rapport du diagnostic.

Une des premières choses qui frappent l'observateur, dans cette maladie, c'est le défaut de proportion qui existe entre l'effort d'inspiration et le bruit de l'expansion pulmonaire. Le premier est considérable, et le second est extrêmement faible. Cette faiblesse du bruit respiratoire ne peut pas dépendre d'une augmentation de densité du poumon, puisqu'à la percussion le son est naturel ou anormalement clair. La cause de ce signe important paraît être l'augmentation de volume du poumon. En effet, cet organe étant dans un état permanent de développement, *l'effort inspiratoire ne peut ajouter que peu de chose à la dilatation du thorax, et le bruit inspiratoire se trouve proportionnellement affaibli.* C'est ainsi que l'affaiblissement du bruit respiratoire, coïncidant avec la sonoréité de la poitrine et une augmentation des efforts inspiratoires, devient le

signe physique le plus important de l'emphysème du poumon. On a indiqué d'autres causes, en particulier, l'épaississement de la membrane muqueuse, effet de la bronchite chronique qui coïncide si fréquemment avec cette affection. Ainsi, Laennec a établi que, dans le catarrhe sec, qui produit si souvent cette maladie, la membrane muqueuse des petites bronches est fréquemment très-épaissie, ce qui explique, jusqu'à un certain point, la faiblesse du bruit respiratoire, ainsi que cette circonstance, savoir, que lorsque l'on comprime des poumons emphysémateux, on éprouve beaucoup plus de peine à les réduire à leur état de flaccidité que des poumons sains. Dans le fait, toutes choses égales d'ailleurs, le bruit respiratoire est en raison directe de la facilité avec laquelle l'air pénètre dans le poumon, et tout obstacle mécanique, à son entrée, soit dans la trachée, soit dans les bronches principales ou dans les petits tubes bronchiques, détermine un affaiblissement correspondant du murmure respiratoire. Je me souviens d'en avoir vu un exemple intéressant chez un malade dont on me pria d'explorer la poitrine avant de lui faire l'opération de la trachéotomie. Les détails de la maladie étaient de nature à permettre de croire à l'existence d'un emphysème pulmonaire. La poitrine donnait partout un son très-clair, mais le murmure vésiculaire était faible, malgré les violens efforts d'inspiration du malade. Cependant, aussitôt après l'ouverture de la trachée, ce murmure devint fort et même puérile, et conserva ce caractère pendant quelque temps après l'opération.

Quoi qu'il en soit, bien que j'admette que cet épaississement de la membrane muqueuse entre pour quelque chose dans le phénomène, cependant je crois que celui-ci est dû en grande partie à l'augmentation de volume du poumon, pour les raisons suivantes :

1°. Dans les cas ordinaires de bronchite, lors même que les tubes d'un petit diamètre sont affectés, cette dispropor-

tion entre l'effort inspiratoire et le bruit de l'expansion pulmonaire n'existe point, ou existe à un degré beaucoup moins élevé. Dans ces cas, on entend un mélange du bruit vésiculaire avec divers râles, ou bien le bruit vésiculaire est presque entièrement masqué par des râles. Mais, dans l'une et l'autre de ces deux circonstances, on a la conscience d'une libre expansion du poumon, suivie de sa rétraction, et l'intensité des bruits produits peut être modifiée d'une manière bien tranchée par les efforts du malade, ce qui n'a point lieu dans les cas de dilatation des cellules, où le bruit est à peu près le même, soit que le malade respire naturellement, soit qu'il fasse des efforts énergiques d'inspiration. Dans la première affection, on peut considérer les cellules comme libres de toute maladie; et, l'obstacle qui résulte de l'épaississement de la membrane bronchique ou de l'accumulation des mucosités dans les bronches étant surmonté, le poumon se dilate et donne à l'auscultateur la sensation non douteuse de cette expansion.

2°. J'ai remarqué que, dans le cas de dilatation chronique des cellules, la faiblesse du bruit respiratoire est modifiée d'une manière peu appréciable par l'augmentation ou la diminution de la bronchite, au moins, autant qu'on peut juger de cette dernière maladie d'après les signes physiques et les symptômes généraux. Ainsi, il arrive souvent, chez de tels malades, que l'affection bronchique s'exaspère, puis cède au traitement employé; on observe moins, pendant son cours, une augmentation dans la faiblesse du bruit respiratoire, qu'une intensité plus grande des divers râles. Cette remarque vient à l'appui de mes idées sur la cause de la faiblesse du bruit respiratoire, savoir, la moindre quantité d'air qui entre dans la portion affectée du poumon.

J'ai déjà établi que la faiblesse du bruit respiratoire, dans cette affection, est due à l'augmentation de volume du poumon, qui détermine une diminution d'inspiration; car, si le

poumon est ainsi hypertrophié, de manière à presser avec force contre les parois du thorax et à tenir cette cavité dans un état permanent de dilatation, il est évident qu'au moment de l'inspiration, le volume d'air qui entrera dans le poumon aura peu d'influence sur l'expansion de cet organe.

Supposons qu'à l'état sain, l'aire de la poitrine, après l'expiration, soit égale à 10, et que le maximum de sa dilatation soit égal à 15; si, par suite de l'emphysème, les poumons au repos présentent une aire égale à 12 et demi, l'inspiration se trouvera diminuée de moitié. C'est là une cause de diminution du bruit respiratoire, une partie de l'effort d'inspiration étant suppléée par l'expansion pulmonaire qui résulte de l'état de compression où se trouve le poumon au repos.

Toutefois, il est évident que les signes physiques de la compression pulmonaire doivent varier suivant le degré de résistance des parois thoraciques. Prenons deux cas d'emphysème, et supposons que, dans l'un, les parois thoraciques cèdent proportionnellement à l'augmentation de volume du poumon, tandis que, dans l'autre, elles sont résistantes et inextensibles; il est clair que les conditions physiques du poumon, et, par conséquent, les signes physiques de ses mouvemens, ne doivent pas être les mêmes dans les deux cas. Si la faiblesse du bruit respiratoire dépend de la compression du poumon, il en résulte que, si les parois du thorax cédaient facilement et entièrement en raison du développement de l'organe, une dilatation considérable des cellules pourrait alors exister, sans que le signe qui est regardé comme caractéristique de cet état morbide existât; de telle sorte, que la faiblesse du bruit respiratoire paraît plutôt donner la mesure de la compression du poumon qu'offrir un signe direct de dilatation des cellules aériennes. Ces considérations trouvent un appui solide dans le fait suivant, auquel j'attache d'autant plus de prix

que le malade a été soumis à mon observation à diverses périodes.

Un jeune homme, faiblement développé sous le rapport des muscles, et d'une taille extrêmement petite, entra à l'hôpital de Meath, offrant les symptômes ordinaires de l'emphysème vésiculaire de Laennec. La poitrine était énormément dilatée de chaque côté, mais elle semblait avoir cédé surtout en avant et en haut. La circonférence du thorax, au niveau des mamelles, étoit de trois pieds et un pouce, c'est-à-dire, d'au moins sept pouces au-dessus de son développement normal. Le sternum et les clavicules formaient une voussure; les régions scapulaires étaient presque horizontales; le développement était égal des deux côtés. Cependant, chez ce malade, les signes caractéristiques n'étaient perçus que dans la partie supéro-antérieure du côté droit; dans tout le reste de la poitrine, elle était forte, et elle devint pure après le traitement qu'on fit suivre au malade pour sa bronchite. Les symptômes de la maladie existaient depuis plus de cinq ans; au bout de deux ans, le développement anormal de la poitrine était devenu assez manifeste pour attirer l'attention de tous les amis du malade.

Voilà un cas dans lequel la poitrine présentait une dilatation plus considérable que dans tous ceux que j'ai observés, et pourtant, dans la plus grande partie du thorax, la respiration n'était rien moins que faible. C'est une chose digne d'attention, qu'avec l'absence des signes physiques de la compression du poumon, coïncidait l'absence des symptômes fonctionnels de cette compression. Il n'y avait aucune apparence d'affection du cœur. Jamais il n'y avait eu d'œdème; les veines jugulaires n'étaient point distendues; le foie n'était point abaissé; le malade, loin d'être gêné par l'exercice, se trouvait toujours mieux après avoir fait plusieurs milles à pied. Peu de temps avant d'entrer à l'hôpital, il avait fait quarante milles dans un seul jour.

La seule chose qui l'incommodât, c'est le retour de sa bronchite; lorsqu'il n'en était pas atteint, sa santé générale était très-bonne.

On pourrait demander quelle était alors la cause de la faiblesse du bruit respiratoire dans la partie antérieure du poumon droit. Selon toute probabilité, il y avait là rupture de quelques cellules; je pense qu'il faut ajouter cette cause d'affaiblissement du murmure vésiculaire, à celle que j'ai déjà indiquée, c'est-à-dire, la compression du poumon.

Examinons maintenant quelques autres signes physiques qui résultent de l'augmentation de volume du poumon, et qui, comme le précédent, varient suivant le degré de résistance des parois thoraciques.

Signes dépendant des muscles intercostaux et du diaphragme. — Un autre effet de l'augmentation de volume du poumon, c'est de déplacer les parties les moins résistantes de celles qui entrent dans la composition du thorax, savoir: le médiastin, les muscles intercostaux et le diaphragme. Nous verrons que, bien que le médiastin cède dans des cas où la maladie n'occupe qu'un poumon, cependant les muscles en question résistent avec une grande force, et peuvent ne pas céder du tout, lors même que le thorax a acquis un grand degré de dilatation. Sous ce rapport, il existe une remarquable différence entre cette maladie et l'empyème. Dans cette dernière affection, en effet, le peu de résistance de ces tissus charnus fournit les signes les plus importans.

Dans l'emphysème, bien que la poitrine soit considérablement agrandie, les espaces intercostaux, loin d'être effacés, sont profondément marqués, et l'on voit les fibres musculaires agir avec puissance pour élever les côtes, et favoriser ainsi l'inspiration incomplète. Je n'ai jamais vu d'exception à cette règle, qui s'applique à tous les espaces intercostaux, et qui devient ainsi un signe différentiel entre l'emphysème vésiculaire et l'empyème. Dans la seconde

partie de ce mémoire, je développerai les causes de cette différence qui, jusqu'à présent, n'ont pas été bien comprises.

Les mêmes considérations ne sont point applicables au diaphragme qui cède, dans certains cas, au point d'augmenter considérablement le diamètre vertical de la cavité thoracique. Cette circonstance mérite d'être prise en sérieuse considération, et l'on peut, d'après elle, admettre deux espèces d'emphysème, avec ou sans déplacement diaphragmatique.

Sous le rapport de la symptomatologie, j'ai observé quelques différences remarquables entre ces deux espèces d'emphysèmes. Le malade chez qui les parois thoraciques avaient cédé d'une manière si extraordinaire, nous offre un excellent exemple de l'espèce d'emphysème qui ne s'accompagne point du déplacement du diaphragme. Là, les signes de compression pulmonaire étaient très-peu marqués; il n'y avait aucun signe de déplacement du foie; l'épigastre, loin d'être gonflé, était habituellement affaissé. Au contraire, dans les cas où le diaphragme est abaissé, la respiration est beaucoup plus gênée; l'épigastre est plein et résistant; le cœur est abaissé, quelquefois au point de répondre au neuvième, ou même au dixième espace intercostal.

Dans ces cas, la région postéro-inférieure de la poitrine, celle du foie et celle du cœur antérieurement, donnent un son parfaitement clair, qui s'explique, et par le déplacement de ces viscères, et par l'état anatomique du poumon. Le bruit respiratoire peut être perçu en arrière, jusqu'au niveau de la dernière côte, et même à deux pouces au-dessous du cartilage xyphoïde, en avant.

Si, après avoir fait déshabiller ces malades, on observe leur poitrine lorsqu'ils sont couchés sur le dos, on remarque quelque chose de tout particulier dans leur respiration: le thorax s'élève avec force dans sa partie supérieure, et

l'abdomen fait saillie à sa partie inférieure avec autant d'énergie ; mais il y a cette remarquable différence entre ces phénomènes et ceux qui sont produits dans l'état de santé par une respiration forcée, que, dans le cas d'emphysème, la saillie abdominale ne commence pas si haut, et que, tandis que les régions ombilicale et hypogastrique se portent en haut et en avant, l'épigastre et la partie supérieure des deux hypochondres restent presque sans mouvement, en même temps que les côtes correspondantes sont attirées en dedans. Ceci s'explique par la nouvelle position du diaphragme qui s'est abaissé, et a refoulé au-devant de lui les viscères abdominaux ; la contraction du muscle s'effectue plus ou moins bas, suivant le degré de son déplacement. Il sera démontré plus tard que ce déplacement est purement mécanique, et n'est point analogue à celui qui a lieu dans l'empyème. Le tableau suivant permettra de bien saisir les différences qui existent entre les cas d'emphysème avec déplacement du diaphragme, et ceux où ce déplacement n'existe pas.

Sans déplacem. du diaphragme.	*Avec déplacem. du diaphragme.*
1.° Les épaules sont considérablement élevées, et la partie supérieure de la poitrine est convexe.	1.° Les épaules sont à leur place ordinaire. La partie supérieure du thorax est aplatie. La convexité ne se manifeste que vers la partie inférieure de cette cavité.
2.° La percussion fournit un son anormalement clair dans les régions supérieures du thorax ; la résonnance est presque naturelle dans les régions inférieures.	2.° Dans la partie supérieure de la poitrine, le son produit par la percussion n'est point altéré ; inférieurement il est anormalement clair.
3.° Les signes stéthoscopiques sont perçus dans les régions supérieures de la poitrine.	3.° Les signes stéthoscopiques sont prédominans dans les lobes inférieurs, et sont perçus au-dessous du niveau habituel du diaphragme.

Sans déplacem. du diaphragme.	*Avec déplacem. du diaphragme.*
4.° L'épigastre est affaissé ; le cœur et le foie sont dans leur position naturelle.	4.° L'épigastre est plein et résistant. L'hypochondre droit présente de la matité, et le cœur est situé plus bas qu'à l'ordinaire.
5.° La gêne de la respiration est beaucoup moindre, excepté pendant une exacerbation de la bronchite.	5.° La dyspnée est beaucoup plus permanente, et moins modifiée par le traitement qui est dirigé contre la bronchite.

Signes tirés du déplacement du médiastin. — Bien que pouvant exister à un degré assez avancé pour être appréciable pendant la vie, cependant ils sont moins remarquables que dans l'empyème. Dans certains cas, où la maladie n'occupe qu'un poumon, les signes pathologiques s'étendent au-delà de la ligne médiane, à une distance proportionnée à l'étendue de la maladie. Il en est de la sonoréité anormale et de la respiration caractéristique de l'emphysème, comme de la matité et de l'absence de respiration qui, dans l'empyème, sont appréciables au-delà de la ligne médiane, dans les cas où une seule plèvre est malade. La sonoréité morbide de l'emphysème, dans les cas où un seul poumon est affecté, peut être perçue dans toute l'étendue du sternum, et même le dépasser d'un pouce. Quand on a franchi cette limite, qui est bien marquée, on obtient le son naturel du poumon, qu'une oreille exercée n'a pas de peine à distinguer de celui qui était fourni par le poumon malade. Une différence également tranchée existe pour les phénomènes stéthoscopiques.

Le déplacement du médiastin est rarement aussi frappant dans l'emphysème que dans l'empyème. Une raison de cette différence, c'est que, dans la plupart des cas de dilatation intense des cellules pulmonaires, la maladie existe dans les deux poumons, tandis qu'un empyème double est une maladie extrêmement rare ; une autre raison c'est que,

dans la pleurésie, le travail inflammatoire qui ramollit la membrane séreuse, la dispose à céder, ce qui n'a point lieu dans l'emphysème pulmonaire.

Le cœur suit le médiastin dans son déplacement, et sa position varie suivant le poumon affecté et suivant l'intensité de la maladie. Il résulte, toutefois, de mes propres observations, que le déplacement latéral du cœur s'observe rarement à un degré remarquable, ce qui établit une nouvelle différence entre cette affection et l'empyème. Il n'en est pas ainsi du déplacement en bas qui, comme je l'ai déjà dit, peut être considérable. Dans ces circonstances, la région précordiale est sonore ; l'impulsion du cœur peut manquer complètement dans sa situation habituelle, et se faire sentir aussi bas que la dixième côte, entre les cartilages costaux et la ligne médiane.

Il est établi maintenant que la plupart des malades affectés de cette maladie, meurent avec des symptômes de maladie du cœur et d'hydropisie générale. Il n'est pas difficile de concevoir pourquoi cette maladie se complique si communément d'affection du cœur. Cette particularité semble dépendre presque entièrement de l'augmentation de volume du poumon : 1° cette augmentation de volume, ainsi que je l'ai déjà fait voir, exerce une influence fâcheuse sur l'acte de l'inspiration. Les expériences des physiologistes modernes ont démontré l'action importante de la respiration dans le mécanisme de la circulation veineuse. Dans l'emphysème, la poitrine étant dans un état permanent de dilatation, auquel l'effort d'inspiration ne peut ajouter que peu de chose, il doit évidemment en résulter une accumulation du sang dans les cavités droites du cœur, et conséquemment une maladie de ces cavités. La veine cave, les veines hépatiques et le foie s'engorgent ; les parois musculaires du cœur s'hypertrophient. 2° La même pression qui dilate le thorax et refoule en bas le diaphragme, doit faire directement obstacle à la circulation du sang dans

l'artère pulmonaire et dans ses divisions. Cet obstacle devient une nouvelle cause d'hypertrophie des cavités droites du cœur. 3° Enfin, nous ne devons pas oublier que le cœur, lui-même, est soumis à une compression anormale; il est refoulé hors de sa situation naturelle, et privé, jusqu'à un certain point, de la protection qu'il reçoit habituellement des parois osseuses et élastiques de la poitrine. Il se trouve comprimé entre le poumon distendu et l'abdomen également distendu. Le jeu de ses cavités doit en éprouver un obstacle matériel. Ainsi, plusieurs circonstances se réunissent pour entraver la circulation pulmonaire, cardiaque, veineuse et hépatique.

Signes tirés de la bronchite concomitante. — Aucun de ces signes ne peut indiquer d'une manière certaine la complication de la bronchite avec une dilatation ou une rupture des cellules pulmonaires, car on peut les rencontrer tous dans des cas où cette affection n'existe point. Aucun n'est constant, et, quand ils ont lieu, ils diffèrent à peine de ce qu'on observe dans les cas de simple bronchite. On peut observer toutes les variétés de râle sonore, sibilant, muqueux, crépitant à grosses bulles, combinées de la manière la plus variée. Les deux plus fréquens sont le râle sibilant sec et un râle muqueux diffus. Laennec a avancé qu'il y a une variété de râle qui est pathognomonique de l'emphysème interlobulaire, quoiqu'il puisse aussi avoir lieu dans la simple dilatation des cellules; il l'appelle râle crépitant sec à grosses bulles. Suivant lui, il semble que l'air pénètre dans un poumon qui aurait été desséché, et dont les cellules auraient été inégalement dilatées. Il le compare au bruit qu'on produit en soufflant dans une vessie sèche, et il ajoute qu'il est semblable à celui que l'on observe dans l'emphysème sous-cutané ordinaire, quand on appuie le stéthoscope sur la partie emphysémateuse. Mais c'est un signe qui, s'il existe réellement, doit être si facilement confondu avec les autres phénomènes qui dé-

pendent de la bronchite, qu'un observateur ordinaire ne doit pas pouvoir en tirer beaucoup d'utilité pour son diagnostic. Je n'ai jamais pu reconnaître cette sorte de râle, et j'ai même trouvé l'emphysème interlobulaire chez des sujets pendant la vie desquels je n'avais pu distinguer d'autres râles que ceux du simple catarrhe.

Quant au bruit de frottement, qui a été décrit par Laennec comme indiquant la présence des vésicules sous-pleurales qui ont lieu dans l'emphysème interlobulaire, et qui, suivant lui, quand il est uni aux autres symptômes de dilatation des cellules, peut être considéré comme un signe diagnostique de la maladie en question, je pense que de nouvelles recherches sont nécessaires à ce sujet. Il est difficile de concevoir comment une vésicule pleine d'air peut donner lieu à un bruit de frottement. Ce n'est que quand les surfaces contiguës des membranes séreuses sont devenues sèches par une suspension de leur exhalation naturelle, ou inégales, par suite d'un épanchement de lymphe plastique, que le frottement de l'une contre l'autre produit un bruit appréciable. Or, quelque volumineuses que soient ces vésicules, leur surface séreuse conserve en général son poli et son humidité. Il résulte de là que le bruit de frottement doit être considéré moins comme un symptôme de ces vésicules sous-pleurales, que, comme un signe de pleurésie légère. Je n'ai jamais observé ce phénomène que dans des cas où la surface séreuse était devenue raboteuse. On pourrait répondre que la permanence de ce bruit, avec absence de douleur, peut lui donner une tout autre valeur ; mais ces circonstances ne suffisent point encore. En effet, j'ai vu des cas de pleurésie dans lesquels le bruit de frottement persista pendant un mois sans être à peine modifié, et dans lesquels le malade avait cessé d'éprouver de la douleur après la première semaine, et ne se plaignait que de la sensation de frottement dont il avait la conscience pendant le mouvement de la respiration.

Avant de quitter ce sujet, je vais décrire un autre signe qui paraît devoir être de quelque importance pour le diagnostic. Il consiste dans la difficulté avec laquelle s'effectue l'expiration dans l'emphysème vésiculaire, difficulté qui a été attribuée par quelques médecins à l'obstruction des petits tubes bronchiques, et récemment par M. Magendie à la dimiuution de l'élasticité du poumon.

J'ai, en ce moment, sous mes yeux, un malade, âgé de plus de 16 ans, qui est sujet à la toux et à la dyspnée depuis son enfance. Le côté droit de la poitrine est élargi et très-convexe antérieurement, le sternum est un peu arqué, la clavicule est élevée. Dans cette région, on perçoit à la percussion une sonoréité anormale qui s'étend au-delà du sternum. Cependant le stéthoscope, pendant une respiration ordinaire, ne fait percevoir qu'un râle mucoso-crépitant, mêlé de temps en temps avec le râle crépitant à grosses bulles de Laennec. Ces signes sont perçus pendant l'inspiration, tandis que l'expiration est marquée par un souffle rauque, sec et prolongé. Cependant lorsque le malade fait une inspiration forcée, un bruit pur d'expansion pulmonaire très-manifeste suit les râles indiqués ci-dessus.

De ces considérations, je conclus que j'avais à faire à un emphysème de Laennec, non encore arrivé à son plus haut degré, et permettant encore au poumon de se dilater beaucoup par une forte inspiration. Il me vint alors à l'idée, qu'en faisant faire au malade un certain nombre d'inspirations forcées, rapidement exécutées, les poumons pourraient se remplir d'air à un tel point que tout bruit naturel d'expansion pulmonaire cesserait de se faire entendre pendant un certain temps, ce qui fournirait une preuve directe de la difficulté de l'expiration. Je fis cette expépérimentation et j'observai qu'après quatre ou cinq inspirations exécutées rapidement, le murmure respiratoire disparut entièrement ; on n'entendit plus que les râles crépitans, et même avec moins d'intensité. Alors on permit

au malade de se reposer et de respirer naturellement pendant un certain temps ; et l'expérimentation ayant été reprise, la première inspiration fut distinctement suivie par le murmure respiratoire, qui devint moins intense à chaque effort successif, et finit par s'éteindre complètement comme la première fois.

Les résultats de ces expérimentations sont faciles à concevoir à raison de la difficulté de l'expiration, soit que cette difficulté reconnaisse l'une des causes indiquées plus haut ou toutes deux. En effet, les efforts inspiratoires répétés causaient une telle accumulation d'air dans la portion malade du poumon, que son expansion ultérieure en devenait presque impossible, ce qui empêchait le bruit respiratoire de se produire. Mais quand ces efforts étaient cessés, l'air étant évacué peu à peu, le poumon était rendu à son état habituel. Si ce symptôme est constant, il formera un moyen précieux de reconnaître l'emphysème vésiculaire. Toutefois, il ne faudrait pas répéter trop souvent l'expérimentation.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie pathologiques.

Inflammation aigue du tibia ; nécrose du corps de l'os ; amputation ; description du travail de reproduction ; *par le docteur Syme.* — Malgré tout ce qui a été fait dans le but d'éclairer ce qui est relatif à la nécrose, il y a encore plusieurs circonstances de son histoire enveloppées de mystère. Un des plus intéressans de ces phénomènes peu connus dans leur mécanisme, est celui qui consiste dans la reproduction de toute l'épaisseur d'un os. Cette reproduction est démontrée par les faits soumis journellement à notre observation, et dans lesquels on voit des portions volumineuses, et quelquefois la presque totalité du corps de l'humérus ou du tibia, éliminées, sans qu'il en résulte aucune altéra-

tion, soit dans la longueur, soit dans la force de l'os; mais nous avons rarement l'occasion d'étudier, au moyen de la dissection, cette reproduction osseuse, à une époque assez peu avancée pour que nous puissions en découvrir le mécanisme. Lorsque les malades meurent à la suite d'une nécrose, ou lorsqu'on est obligé de recourir à l'amputation pour les délivrer des dangers qui résultent du long épuisement causé par la maladie, l'os de nouvelle formation est trop avancé pour qu'on puisse remonter à l'origiue de sa formation. D'un autre côté, dans les cas plus rares d'affectiou aiguë, dans lesquels il faut amputer le membre presque immédiatement après l'invasion de la nécrose, le nouvel os n'a pas eu le temps de se produire. Dans le cas suivant, le travail de reproduction était arrivé au degré désirable pour les recherches pathologiques.

Béatrice Stokes, âgée de 13 ans, se fit une entorse au coude-pied, le 24 mars, en faisant un faux pas. D'abord, elle n'éprouva que peu de gêne; mais le lendemain, la douleur devint si vive, qu'il lui fut impossible de marcher. Bientôt se manifestèrent des frissons, des vomissemens, de la céphalalgie, et tous les symptômes d'une fièvre inflammatoire, avec une douleur très-intense dans la jambe. Le 21 avril, elle entra à l'hôpital. La fièvre persistait avec son intensité première; il y avait parfois du délire; le membre malade offrait l'aspect de l'érysipèle phlegmoneux depuis la partie moyenne de la cuisse jusqu'aux orteils. Il était rouge, gonflé et tendu, excepté à la partie antérieure de la jambe, un peu au-dessus du coude-pied, où l'on pouvait percevoir de la fluctuation. Des incisions pratiquées sur ce point donnèrent issue à une grande quantité de pus épais et noirâtre, et soulagèrent beaucoup la malade. Ces incisions permirent d'explorer l'état de l'os que l'on trouva dénudé dans une grande étendue. La suppuration continua à couler abondamment; les frissons et le délire se renouvelèrent fréquemment, les forces s'abattirent rapidement, et l'amputation devint nécessaire. Cette opération fut pratiquée le 29, au-dessus du genou. La guérison fut considérablement retardée par l'état d'épuisement de la malade, et ensuite par l'exfoliation de l'os.

Le membre malade fut disséqué. Presque tout le cartilage articulaire de l'articulation du pied avait été détruit par ulcération, et laissait l'os à nu et raboteux. Le corps du tibia paraissait nécrosé dans presque toute son étendue, et présentait déjà un commencement de résorption très-marquée dans ses points de réunion

avec le tissu aréolaire qui avoisine les épiphyses. Lorsqu'on promenait le doigt à la surface de l'os nécrosé, à travers une incision qui avait été pratiquée exprès pour le découvrir, on sentait une espèce d'étui, ou de coque, très-dense, qui, à la dissection, fut reconnu pour être le périoste considérablement épaissi, et présentant des dépositions osseuses dans sa substance. Cette membrane fut suivie, d'une maniere très-distincte, depuis sa portion saine qui recouvrait les épiphyses, jusqu'à la partie nécrosée du tibia, et tous ceux qui l'examinèrent ne purent douter qu'elle ne fût le lit ou la matrice où se déposait la matière osseuse de nouvelle formation. La portion de cette membrane correspondant à la face postérieure du tibia, quoique détachée de l'os, avait subi une modification beaucoup moins avancée, ce qui permettait d'apprécier de la manière la plus certaine la véritable nature du tissu indiqué plus haut. L'os de nouvelle formation ne formait point une coque continue ; il se composait de plusieurs plaques variables en largeur, isolées les unes des autres, ainsi que de toutes les portions non nécrosées de l'os primitif, par le tissu du périoste. La matière osseuse était située à la surface interne du périoste, et recouverte seulement par une lame membraneuse extrêmement mince, qui, elle-même, était tapissée par une grande quantité d'une matière molle et gélatineuse, ressemblant à de la lymphe coagulable qui paraissait avoir été sécrétée à sa surface, pour former une couche intérieure dans toute l'étendue de la coque. Dans plusieurs endroits, le périoste manquait, et offrait des lacunes de grandeur variable et de forme irrégulière. A ces lacunes correspondait une absence complète de tissu osseux nouveau. Ces lacunes ressemblaient aux *cloaques* que présentent les étuis osseux qui se forment dans les cas de nécrose, et que l'on attribue ordinairement à une absorption déterminée par la compression qu'exerce le pus renfermé audedans de l'os. Mais d'après le fait qu'on vient de lire, il est plus probable que ces lacunes dépendent de ce que, dans le début de la maladie, le périoste a été détruit en plutieurs endroits.

Les détails de l'observation précédente peuvent être expliqués de la manière suivante : L'entorse de l'articulation du coude-pied détermina l'inflammation de cette articulation ; l'inflammation se propagea au tibia, et détermina la destruction des cartilages articulaires, et la mort du corps de l'os. Alors la suppuration s'établit au-dessous du périoste, qui se désorganisa dans plusieurs points ; il se forma ainsi plusieurs lacunes, à travers lesquelles le pus passa pour venir se rassembler au-dessous de la peau, qu'il distendit.

De la lymphe plastique fut sécrétée à la surface interne du périoste; il s'en forma également dans l'intérieur de son tissu, ce qui le rendit plus épais et plus mou. A cette époque, il se déposa dans la membrane ainsi altérée, et tout près de sa surface interne, de nombreux points osseux qui firent des progrès en largeur, et qui, si le travail de reproduction n'avait été interrompu, auraient fini par se réunir de manière à former un étui complet au corps nécrosé du tibia. (*The Edinb. med. and surg. Journal*, janvier 1836).

État des vaisseaux sanguins dans les cas de lésions traumatiques graves, *par le docteur Syme.* On sait depuis long-temps que les artères donnent peu de sang, ou même n'en donnent point du tout, après qu'elles ont été ouvertes par rupture; mais on n'a point encore expliqué ce phénomène. Les causes les plus probables sont les suivantes : 1.° Les membranes internes étant plus fragiles que l'externe, se rompent irrégulièrement, de manière à obstruer le vaisseau et à favoriser ainsi la coagulation du sang; 2.° Quand une artère est tendue, les tuniques internes se rompent avant l'externe, qui est celluleuse et plus tenace, cette dernière s'affaisse à chaque bout du vaisseau, en forme de cône; 3.° Ces deux phénomènes se combinent pour produire l'obstacle à l'écoulement du sang. L'observation suivante offre un exemple du second de ces deux phénomènes.

Obs. I.re — John Mackie, âgé de 10 ans, fut apporté à l'hôpital, le 21 août dans la soirée, pour une lésion du bras produite par une machine. Depuis le coude jusqu'au poignet, à la face palmaire de l'avant-bras, la peau était enlevée, les muscles étaient dénudés, isolés les uns des autres; quelques-uns d'entre eux étaient déchirés en travers; enfin, le cubitus était réduit en un grand nombre de fragmens qui n'avaient guère plus d'un pouce de long. Il n'y avait pas le plus léger doute sur la nécessité de l'amputation, qui fut pratiquée immédiatement, au-dessus du coude.

Bien que le malade eût affirmé qu'il ne s'était écoulé que très-peu de sang au moment de l'accident, cependant il était impossible que les deux artères principales de l'avant-bras eussent échappé à toute lésion; c'était donc une bonne occasion de rechercher par quel mécanisme l'hémorrhagie avait été empêchée. L'artère radiale et la cubitale furent donc disséquées avec soin, à partir de l'humérale : la première était intacte, mais la seconde était rompue en travers à la partie moyenne de l'avant-bras. Le bout inférieur était exposé à la vue, au milieu des muscles et des tendons déchirés; il paraissait plus volumineux qu'à l'ordinaire, et comme

distendu par du sang coagulé, tout près de son extrémité; cette dernière était de forme conique, et se terminait par une expansion capillaire, qui offrait une longueur d'environ un pouce, au-delà du sommet du cône. Le bout supérieur était situé plus profondément, au milieu des insertions des muscles fléchisseurs, mais il présentait la même disposition anatomique que le bout inférieur. Le vaisseau ayant été ouvert suivant sa longueur, on remarqua que sa membrane interne était parfaitement saine, jusqu'au commencement du caillot, qui avait une longueur de neuf lignes; mais, à cette hauteur, la tunique interne et la tunique moyenne étaient coupées net, comme par un couteau qui aurait divisé l'artère transversalement. L'extrémité conique avait pour base cette surface nette de section, et était entièrement formée par la tunique celluleuse, qui adhérait très-intimement avec le caillot qu'elle enveloppait. Il semblerait donc que, dans ce cas, l'hémorrhagie a été prévenue par l'extension et l'affaissement consécutif de la membrane externe du vaisseau, mais non par la déchirure et le renversement en dedans des tuniques internes.

Obs. II.e — William Little, âgé de 56 ans, entra à l'hôpital, le 15 septembre, très peu de temps après avoir souffert une grave lésion du bras droit, causée par une machine. L'humérus était fracturé en deux endroits : l'une de ces fractures avait son siége près du col de l'os, l'autre était située plus inférieurement. Les muscles qui recouvrent l'os de chaque côté étaient déchirés en travers, dans plusieurs endroits; tout le bras état contus et lacéré, depuis l'épaule jusqu'au coude. Il n'y avait qu'une ressource, celle d'amputer dans l'articulation, car l'état des parties molles ne permettait pas de conserver la plus petite partie de l'humérus. La désarticulation fut opérée de la manière suivante : dans le premier temps, le couteau fut plongé à distance égale de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, dirigé en bas et en arrière, afin de passer à travers la jointure, puis porté en dehors et en avant pour former un lambeau. Dans le second temps, il fut dirigé autour de la tête de l'humérus, en dedans et en avant, de manière à former un second lambeau qui répondit au premier; après la ligature des artères, les bords de la plaie furent réunis par des points de suture, et recouverts avec des compresses imbibées d'un liquide réfrigérant. En peu de jours, la réunion par première intention parut presque complète; cependant, il se fit, quelque temps après, un écoulement de pus par une ou deux petites ouvertures qui n'étaient pas encore cicatrisées au moment où l'observation a été publiée.

L'artère humérale était isolée des parties environnantes, dans une étendue de quatre pouces, mais elle ne paraissait ni rompue, ni déchirée ; elle était plus grosse, et plus résistante à la pression qu'à l'état normal. Lorsqu'elle fut ouverte suivant sa longueur, on trouva que ses tuniques étaient entières, mais sa cavité était remplie par un caillot qui occupait toute la portion du vaisseau dénudé. Évidemment, ce caillot s'était formé avant l'opération, car, si le vaisseau avait renfermé du sang liquide dans cette partie de sa cavité, ce sang aurait coulé du bout inférieur de l'artère au moment où on la divisa. Il faut donc attribuer la formation de ce caillot à la violence extérieure à laquelle l'artère avait été soumise au moment de l'accident. Ce fait est d'une grande importance, car il donne une idée de l'état où peuvent se trouver les vaisseaux sanguins, dans les cas de contusions graves ou autres lésions traumatiques. (*The Edimb. med. and surg. Journal*, janvier 1836).

Pathologie.

Affection du cœur. Pulsations veineuses des membres supérieurs; *par Charles Benson.*— Marie Oliver, âgée de 60 ans, de taille moyenne, pâle, faible et très-amaigrie, entra à l'hôpital de Dublin le 14 août 1835. Tous les renseignemens qu'elle put donner sur son état, c'est que *tout son mal était au cœur.* Elle présentait les symptômes suivans: paroles incohérentes; la malade, agitée, rejette ses couvertures, et paraît mal à son aise dans toutes les positions; pouls à 80, mou et régulier; langue nette; yeux clairs; peau naturelle; si l'on applique très-légèrement les doigts sur la partie du thorax qui correspond à la pointe du cœur, on perçoit une sensation semblable à celle qui serait produite par l'emphysème du tissu cellulaire; mais cette sensation disparaît lorsqu'on appuie avec quelque force. Toute la région précordiale donnait un son mat; une impulsion considérable était perçue de bas en haut jusqu'aux clavicules, et présentait surtout une grande intensité à l'épigastre. On entendait dans toute la région du cœur un fort bruit de soufflet, mêlé parfois avec un bruit de râpe. Ce dernier se faisait surtout entendre pendant le second bruit, et le bruit de soufflet pendant le premier bruit. Partout la respiration vésiculaire était facile à distinguer.

Le 15 août, coma depuis la veille au soir; absence de toute parole depuis le même moment; face colorée; on remarqua quelques anciennes cicatrices sur le crâne; pupilles un peu contractées; peau naturelle. On s'aperçut alors qu'une veine, située sur le dos de la

main, donnait des pulsations. Un examen plus attentif fit reconnaître que toutes les veines superficielles des deux membres supérieurs battaient d'une manière évidente ; ces veines étaient saillantes ; leurs mouvemens étaient très-appréciables à la vue ; mais on ne pouvait les percevoir au moyen du toucher. Ces pulsations étaient isochrones à celles de l'artère radiale, mais un peu plus tardives, de telle sorte qu'avec une grande attention, on pouvait apprécier le petit espace de temps qui les en séparait. Les veines superficielles du tronc et des membres inférieurs étaient petites et sans mouvemens. Les veines jugulaires externes étaient également petites ; il était impossible de reconnaître si elles avaient des pulsations, car les jugulaires internes et les carotides, qui étaient mues par des battemens très-énergiques, leur communiquaient un frémissement qui s'opposait à toute observation exacte sous ce rapport. Les jugulaires internes, qui étaient incessamment agitées par des pulsations tremblottantes et confuses, devenaient successivement largement distendues et affaissées, pendant chaque acte respiratoire. On se procura avec peine les renseignemens suivans sur la malade : depuis dix mois, elle éprouvait des palpitations et des maux de tête très-intenses ; elle était habituée à boire beaucoup de liqueurs spiritueuses, et fréquemment, étant ivre, elle s'était fait des plaies à la tête ; elle était écossaise, et pouvait encore, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, se livrer à sa profession ordinaire, qui consistait à vendre des fruits.

Le soir même, on pratiqua une saignée de bras de dix onces ; bien que les veines donnassent des pulsations au-dessous de la ligature, le sang n'en coula pas moins par un jet continu. Après la saignée, les veines avaient perdu de leur volume, beaucoup au-delà de ce que l'on aurait pu attendre d'une évacuation si peu abondante, et toutes les pulsations veineuses avaient disparu. Du reste, la saignée détermina, dans l'état de la malade, une amélioration marquée. Le coma diminua, et les mouvemens du cœur devinrent moins tumultueux.

Le 16, coma ; pupilles contractées ; la malade meut tous ses membres imparfaitement, mais également ; aucun signe d'intelligence, mais sensibilité aux stimulations ; veines affaissées, et complètement privées de pulsations. Le pouls de l'artère radiale est à 80, mais il s'élève à 99 quand la malade est tirée de son assoupissement. Les signes physiques du cœur sont comme le 15.

Le 19, la malade avait passé les jours précédens dans l'état décrit ci-dessus ; mais ce jour, son bras et sa jambe gauches furent trou-

vés fléchis, et un peu contracturés. Les veines étaient de nouveau dilatées, et *avaient repris leurs pulsations comme auparavant.* Les collègues et les élèves du docteur Benson observèrent avec lui ces pulsations. Ils virent les veines s'élever et retomber avec la respiration. Elles devenaient gonflées vers la fin de l'expiration, et flasques lorsque l'inspiration était presque achevée. Dans ces deux états, toutefois, leurs pulsations s'exécutaient régulièrement, se renouvelant aussi souvent que celles des artères, quatre-vingts fois dans une minute, mais un peu plus tard que ces dernières. Le stéthoscope n'indiqua aucun changement dans les signes fournis par le cœur.

Deux théories furent proposées pour expliquer ce phénomène : la première, que les pulsations étaient sous l'influence du cœur gauche, qui chassait le sang, à travers les capillaires, dans le système veineux; la seconde, qu'elles étaient, au contraire, sous la dépendance du cœur droit, et qu'elles étaient l'effet de la régurgitation.

Les considérations suivantes furent apportées à l'appui de la première opinion. 1.° La compression exercée sur l'artère brachiale ou sur la sous-clavière, suspendait les pulsations veineuses, qui, au contraire, n'étaient point modifiées par la compression exercée sur la veine. 2.° Les valvules fonctionnaient parfaitement, ainsi qu'on pouvait s'en assurer en vidant une portion de veine immédiatement au-dessous d'une valvule; par conséquent, la régurgitation était impossible. 3.° Le petit espace de temps qui séparait la pulsation veineuse de la pulsation artérielle, ne pouvait s'expliquer par la régurgitation; au contraire, il était facile à concevoir, en admettant que le sang avait à parcourir le système capillaire, avant d'arriver aux veines. 4.° Il était probable que l'affaiblissement de la malade avait déterminé un relâchement tel du système capillaire, qu'il existait anormalement une libre communication entre les artères et les veines.

On répondait en faveur de la régurgitation, 1.° que la pression exercée sur la brachiale et sur la sous-clavière, agissait aussi sur les principaux troncs veineux qui les accompagnent, et qu'en outre, en diminuant la quantité du liquide reçu par les veines, elle rendait leurs pulsations moins évidentes, comme avait fait la saignée; mais que les anastomoses avaient neutralisé les effets de la légère interruption qui résultait d'une compression exercée sur les veines superficielles. 2.° Que, bien que les valvules fonctionnassent lorsque la veine était vidée derrière elles, elles ne pouvaient pas s'opposer à ce qu'une impulsion se communiquât suivant la longueur du

vaisseau, lorsqu'il était distendu ; que, d'ailleurs, une pulsation serait produite par cela même que chaque valvule serait relevée subitement, dans l'intérieur du tube veineux, circonstance qui suppose nécessairement l'intégrité des fonctions valvulaires. 3.° Que l'extensibilité des parois veineuses, rallentissant le retour de l'onde sanguine, expliquait le petit retard de leurs pulsations. 4.° Que le pouls artériel n'était pas assez énergique pour qu'on pût supposer qu'il se propageât jusqu'au système veineux, et qu'il n'y avait d'ailleurs aucune raison pour admettre que les capillaires fussent dans un état de relâchement.

Le 20, tous les symptômes étaient comme la veille ; la saignée ayant eu d'heureux résultats, on se décida à tirer encore quelques onces de sang. Celui-ci coula distinctement par jets ; il était semblable au sang artériel pour la couleur, mais beaucoup moins consistant. La veine céphaliqne, auprès du pli du bras, avait été choisie pour la saignée, comme étant, moins que toute autre, sous l'influence des mouvemens artériels. Après l'émission de huit onces de sang, les pulsations cessèrent ; à partir de ce moment, on ne les observa plus. La malade mourut dans la nuit suivante.

Autopsie douze heures après la mort.— Les poumons étaient unis, dans presque toute leur étendue, aux parois thoraciques, par des adhérences fortes et anciennes. Ils étaient sains, et n'offraient pas même de congestion : il n'y avoit point de liquide dans la cavité des plèvres. Le péricarde était sain ; il ne renfermait qu'une quantité insignifiante de sérosité. Le cœur avait au moins deux fois son volume ordinaire ; les oreillettes, et particulièrement la gauche, étaient remarquablement dilatées ; la droite était en outre un peu hypertrophiée. Un fragment de matière osseuse existait au bord postérieur du trou ovale. L'ouverture auriculo-ventriculaire droite était large et béante ; le ventricule droit était dilaté et hypertrophié ; sa cavité avait le double de sa capacité ordinaire, et ses parois, le double de leur épaisseur normale. Les bords libres des valvules tricuspides étaient épaissis, et chargés de petites nodosités cartilagineuses. L'artère pulmonaire était saine, mais ses valvules parurent un peu épaissies, et ses corps sésamoïdes étaient très-développés. L'oreillette gauche était dilatée et hypertrophiée ; sa membrane interne était remarquablement blanche et opaque. L'ouverture auriculo-ventriculaire de ce côté était trop petite pour admettre l'extrémité du doigt : elle ressemblait à une fente irrégulière entourée de fragmens cartilagineux et osseux. Le ventricule gauche était dilaté ; ses parois étaient épaissies, mais elles étoient plus molles et

plus pâles que celles du ventricule droit. La valvule mitrale contenait des incrustations calcaires et cartilagineuses. La valvule aortique était considérablement épaissie, et remplie d'incrustations osseuses. L'aorte offrait également des plaques osseuses. La veine cave supérieure, les veines innominées, jugulaires et sous-clavières furent ouvertes et examinées avec soin; leurs parois et leurs valvules n'offrirent rien d'anormal. Les viscères abdominaux étaient sains. Le cerveau était pâle et exsangue, il n'offrait aucune trace de congestion; tout ce qu'on put y observer, c'est que les ventricules renfermaient environ une demi-once de sérosité limpide.

Un des bras, séparé du tronc, fut injecté avec soin par l'artère brachiale: on employa de la cire fine, dissoute dans de l'huile de térébenthine, et colorée avec du vermillon; mais il n'en passa pas un atôme dans les veines. On essaya de pousser l'injection, d'un tronc veineux dans ses branches, mais les valvules s'y opposèrent. (*The Dublin*, n.° 23.)

Phlébite pulmonaire; *par le docteur Robert Lee.* — Une femme, âgée de 20 ans, fut prise, cinq jours après la naissance de son premier enfant, de dyspnée et de douleur dans le côté gauche de la poitrine, ainsi que dans tout l'abdomen; le pouls devint rapide; les symptômes persistèrent avec une intensité variable; plus tard, il survint de la toux et une expectoration muqueuse. La mort arriva un mois après la délivrance. *Autopsie.* — Dans les replis du ligament large de l'utérus, auprès de l'ovaire gauche, on trouva un abcès gros comme une noix; les veines de l'utérus, ainsi que les veines voisines, les iliaques et la veine cave dans toute son étendue, étaient tapissées par un coagulum jaune, ou matière molle et jaunâtre, composée de lymphe et de pus. Les troncs veineux du lobe inférieur du poumon gauche offraient les caractères anatomiques de l'inflammation des veines; le lobe lui-même était dense et d'un rouge-foncé. La surface séreuse des lobes moyen et inférieur du poumon droit, était recouverte par une lymphe jaune et molle; ces deux lobes étaient hépatisés.

L'inflammation de la plèvre et des poumons est une des suites les plus fréquentes et les plus funestes de la phlébite utérine; mais, dit l'auteur, le cas précédent est, à ma connaissance, le seul où l'on ait observé l'inflammation des veines qui charrient le sang, des poumons aux cavités gauches du cœur. (*Lond. med. chir. Trans.*, tome XIX).

Élimination par l'anus d'une anse intestinale; *par le docteur Cattaneo.* — Giovanna di Bacca, âgée de 38 ans, de tempé-

rament sanguin, de constitution robuste, mère de cinq enfans, et n'ayant plus ses règles depuis un an, éprouva, vers le 15 décembre 1834, des douleurs abdominales violentes, qui avaient tous les caractères de l'hystérie; on lui fit suivre un traitement approprié. Cette colique utérine, à laquelle s'associèrent des symptômes gastriques et vermineux, dura pendant un mois. A cette époque, les médecins qui voyaient la malade se divisèrent d'opinion, relativement à la nature de la maladie: les uns admirent l'existence d'une fièvre gastrique vermineuse; les autres, se fondant sur la présence d'une tumeur arrondie dans l'hypogastre, chez une femme aménorrhéique, diagnostiquèrent une grossesse. Vers le milieu de janvièr 1835, la malade fut prise, tout-à-coup, de passion iliaque, qui dura pendant deux jours, le 15 et le 16. Après dix jours de calme, elle rendit par l'anus un corps globuleux, tellement volumineux qu'il attira l'attention des parens de la malade. Ce corps n'était autre chose qu'une portion de l'iléum, longue de trente-six pouces, présentant des ouvertures irrégulières dans divers endroits, offrant son canal complet dans une étendue de quatorze pouces et demi vers l'un des deux bouts, et de sept pouces à l'autre extrémité; elle avait entraîné avec elle un lambeau du mésentere, long de six pouces et large de deux; elle offrait un rétrécissement notable dans une longueur de trois pouces, à l'extrémité qui correspondait au cœcum.

La malade continua à souffrir plus ou moins, des douleurs intestinales, accompagnées de quelques vomissemens qui, cependant, ne l'empêchèrent pas de vaquer à ses affaires; le ventre se tympanisa. Vers la fin du mois d'avril, il survint des alternatives de chaud et de froid, avec fréquence du pouls; en un mot, une fièvre lente, avec amaigrissement progressif, s'établit. Tel était l'état de la malade, le 16 juillet 1835.

Quelques recherches auxquelles se livrèrent les médecins, dans le désir de remonter à la cause de cette maladie, fournirent les renseignemens suivans : cette femme avait perdu, en septembre 1834, un fils qu'elle aimait tendrement; dans sa douleur, s'asseyant sur le sol de sa chambre, elle se frappait le dos contre le mur; cette pratique douloureuse dura un mois, à la fin duquel commencèrent à se manifester les douleurs abdominales dont il a été question ci-dessus. Le docteur Cattaneo regarde les percussions réitérées sur la colonne vertébrale, et principalement sur sa portion lombaire, comme la cause de toute la maladie; il termine en demandant s'il est possible que la femme survive, et, en répondant négativement.

à cette question, se fondant sur ce que l'élimination de la portion d'intestin décrite plus haut, a privé l'économie d'une trop grande étendue de la surface où se fait l'absorption nécessaire à la nutrition générale. (*Il filiatre Sebezio*, n.° 56).

Tumeur abdominale; *par le docteur Howship.* — Cette tumeur fut observée chez un cocher, âgé de 70 ans, atteint de hernie inguinale, et qui avait, pendant long-temps, rendu avec difficulté et douleur, des urines sanguinolentes. Il était sujet au ténesme, à la diarrhée, et au déplacement du rectum. La tumeur, qui ne fut découverte que trois semaines avant la mort, occupait le côté gauche de l'abdomen, et s'étendait depuis les cartilages costaux jusqu'au rebord du bassin. Elle était arrondie, élastique, et en apparence enkystée. Il résulta des informations prises à cet égard, que la tumeur existait depuis huit ou neuf mois, et qu'elle avait déterminé des douleurs extrêmement vives dans la cuisse et dans la jambe du côté gauche, qui avaient fini par devenir complètement incapables de remplir leurs fonctions. Quelques jours avant la mort, la tumeur devint le siége d'une douleur très-vive; le malade fut agité de mouvemens involontaires, et délira. — *Autopsie.* — La tumeur était enkystée; elle avait huit pouces de long et dix-neuf pouces de circonférence, et adhérait à la colonne vertébrale; elle paraissait être une glande absorbante de la région lombaire, considérablement hypertrophiée; elle était constituée par plusieurs kystes communiquant ensemble, et remplis en partie par du sang liquide et plein de grumeaux. Il y avait un dépôt considérable de matière médullaire ou fongueuse dans le tissu cellulaire situé derrière le péritoine qui tapisse le sacrum et la cavité du bassin; ce tissu accidentel avait refoulé le rectum de côté; par suite de la pression qu'il exerçait sur la vessie, il avait perforé ses parois, et formait, au-dedans de sa cavité, comme un large coussin à surface vasculaire et saignante. Cette dernière disposition explique l'hématurie qui avait été observée pendant la vie du malade. (*Lond. med. chir. Trans.*, tom. XIX).

Thérapeutique.

Varice anévrysmale située au pli du bras; guérison rapide au moyen d'une légère compression; *par le docteur Browne.* — Patrick Campbell, journalier, de taille moyenne, et en apparence bien portant, entra à l'hôpital Saint-Marc, le 29 mars 1830, pour une varice anévrysmale du bras gauche. La veine basilique médiane était dilatée à-peu-près comme après l'application de la ligature pour la saignée; on distinguait également bien

au toucher et avec l'oreille, les battemens de l'artère située au-dessous d'elle, accompagnés d'un frémissement particulier qui avait beaucoup d'analogie avec le bruit que fait la roue d'un moulin à eau. Ce frémissement était perçu à plus d'un pouce de la petite plaie. On pouvait le faire cesser en exerçant une pression modérée sur la veine sans que le pouls cessât d'être perçu au poignet. Il existait une légère induration dans le point correspondant à la plaie artérielle, plus particulièrement en dehors de celle-ci. La partie latérale du bras présentait une teinte jaunâtre ; l'avant-bras ne pouvait être fléchi au-delà de l'angle droit, ni étendu complètement ; le pouls était à 80 et de force ordinaire ; la langue était chargée ; il y avait de la constipation. Le malade raconta que, six jours auparavant, il avait été saigné, pour une affection peu grave de la poitrine. La veine médiane basilique avait été ouverte à sa partie moyenne ; la plaie était de grandeur ordinaire. Le sang avait coulé par jets successifs ; on en avait tiré environ six onces, et l'écoulement avait été arrêté facilement. Le jour suivant, le côté interne du bras était ecchymosé à quatre pouces au-dessus et au-dessous du coude. On observait une petite tumeur pulsatile au-dessous de la plaie. Celle-ci fut cicatrisée au bout de trois jours, et depuis ce moment, les symptômes firent peu de progrès.

On plaça sur la tumeur une compresse imbibée d'une dissolution d'acétate de plomb ; cette compresse fut maintenue par une bande roulée autour du coude, et l'on prescrivit un purgatif.

Le 30 mars, le purgatif avait produit des selles. Le frémissement décrit ci-dessus avait entièrement disparu. La veine avait repris le volume qu'elle avait avant l'accident ; le pouls était plein, et donnait 76 pulsations ; on observa des pulsations anormales dans la région cardiaque et la région inguinale. On prescrivit une saignée de 18 onces, un nouveau purgatif et le même traitement local.

Le 31 mars, le pouls était à 72, et sans dureté ; le sang n'offrait aucun caractère inflammatoire ; il n'y avait aucune trace de tumeur ; mais les battemens de l'artère étaient plus énergiques de ce côté que du côté opposé. On prescrivit dix gouttes de teinture de digitale trois fois par jour, et le traitement fut, du reste, comme les jours précédens.

Le 8 avril, l'ecchymose avait presque entièrement disparu ; les pulsations étaient moins fortes au bras malade qu'à l'autre bras. Il existait à peine une légère induration autour de l'artère ; le pouls était à 72 et de force modérée. (15 gouttes de teinture de digitale, trois fois par jour ; même compression locale, en supprimant l'acétate de plomb).

Le 12 avril, le bras était dans son état naturel; la veine offrait son volume ordinaire; l'artère battait au-dessous d'elle; les pulsations de cette dernière n'offraient aucune intensité anormale; on ne percevait dans son voisinage aucune induration.

Les varices anévrysmales, situées dans le pli du bras, peuvent se comporter de trois manières différentes, si l'on en croit les auteurs les plus recommandables : 1° dans la majorité des cas, la tumeur reste stationnaire après avoir atteint un volume modéré. Dans cet état, si l'on emploie des soins ordinaires, et si l'on évite des mouvemens immodérés, la maladie peut rester sans danger, et même sans inconvénient, pendant le reste de la vie. (Hunter, *in the medical obs. and inq.*, t. 2, p. 393. — Cleghorn, *Ibid.* t. 3, p. 110. — White, *Ibid.*, t. 4, p. 179). 2° Par suite d'un traitement mal dirigé ou d'un exercice trop violent, la cicatrice qui s'était formée entre la veine et l'artère blessée se rompt, et le sang s'épanche dans le tissu cellulaire ambiant; ainsi se forme accidentellement un anévrysme variqueux. (Guthrie, *a Treatise on the diseases and injuries of arteries*, p. 334. — Hodgson, p. 507. — Scarpa, p. 433). 3.° Par une compression graduelle et prudente, on peut obtenir, surtout chez les jeunes sujets, une inflammation adhésive, qui détermine l'oblitération de l'ouverture de communication entre l'artère et la veine. Le gonflement variqueux se dissipe; l'un des deux vaisseaux, ou tous deux, s'oblitère au niveau de la lésion; le plus ordinairement c'est la veine; mais souvent aussi la veine et l'artère subissent cette altération. (Burn, *Principles of surgery*, t. 1, p. 483. — Sir A. Cooper, *Lectures*, t. 2, p. 85. — Scarpa, p. 360, 431. — Hodgson, p. 505). Mais il est probable que peu de chirurgiens ont observé la guérison radicale d'une varice anévrysmale avec retour à l'état sain de tous les tissus intéressés dans la lésion. Une terminaison si favorable doit être extrêmement rare. On ne peut douter que, dans le cas présent, la douce pression exercée par la bande roulée, n'ait contribué à l'heureuse issue de la maladie; mais nous ne devons pas oublier que ce moyen a été réprouvé par les auteurs qui lui reprochent de provoquer la terminaison de la maladie par formation d'un anévrysme variqueux (Scarpa). Il faut donc l'employer avec précaution, et en suivre attentivement les effets. Ici, la saignée et la digitale ont été employées dans le but de diminuer la force de la circulation, et de prévenir ainsi, autant que possible, la rupture de la cicatrice récemment formée entre la veine et l'artère. (*The Dublin Journal*, n.° 23).

LUXATION DU FÉMUR DANS L'ÉCHANCRURE SCIATIQUE; RÉDUC-

TION LE TREIZIÈME JOUR APRÈS L'ACCIDENT; *par le docteur Syme.* —Lawrence Smith, âgé de 18 ans, entra à l'hôpital le 10 juillet. Il venait de faire une chûte d'un quatrième étage, sur le pavé. Il semblait que la région lombaire avait porté, car on y remarqua le lendemain une légère altération de couleur à la peau. Au moment de son entrée, le malade était paralysé des membres inférieurs, et ne pouvait évacuer ni sa vessie, ni son rectum. (Saignée; ventouses, puis fomentations sur la région lombaire.) Sous l'influence de ce traitement, les symptômes de paralysie disparurent promptement; mais il resta une vive douleur dans le dos, et le malade avait encore la plus grande peine à changer de position. Pensant que toute la maladie dépendait d'une commotion de la moelle épinière, le docteur Syme ne poussa pas plus loin ses investigations, attendant du temps l'entier rétablissement de son malade.

Treize jours après l'accident, voulant savoir quels avaient été les progrès de la guérison, il prescrivit à son malade d'essayer de sortir de son lit. On remarqua alors une conformation vicieuse de la hanche droite, qui fit soupçonner l'existence d'une luxation. Un examen attentif confirma cette croyance.

Le membre inférieur gauche, abandonné à lui-même, était légèrement raccourci et tourné en-dedans. La hanche et le genou étaient un peu fléchis; la hanche semblait plus arrondie qu'à l'ordinaire; la tête du fémur pouvait être sentie contre le bord de l'échancrure sciatique. Au moyen d'une extension modérée, on pouvait attirer le pied, à peu de chose près, au niveau de celui du côté sain, et l'on pouvait ramener les orteils de manière à ce qu'ils regardassent directement en haut, mais non en dehors. Dès que le membre était abandonné, il reprenait sa position vicieuse. Le fémur ne pouvait être étendu directement sur le tronc; lorsqu'on déprimait la cuisse sur le lit dans ce but, le malade soulevait la région dorsale, qui, à son tour, ne pouvait être abaissée que lorsqu'on permettait à la cuisse de se soulever.

Le malade fut couché sur un matelas, et sur le côté sain. Un drap plié étroitement fut passé sous la cuisse luxée; un petit coussin fut interposé entre lui et le périnée, et ses deux chefs furent attachés à la muraille. Des poulies furent attachées à la partie moyenne de la cuisse, à l'aide d'un écheveau de laine, et disposées de manière à agir suivant la direction qu'elle avait prise par suite de sa luxation. Le docteur Syme plaça alors sous la cuisse une serviette longue, destinée à élever la tête du fémur au moment convenable, et il saisit le coude-pied dans sa main, afin d'imprimer au

membre le degré de rotation nécessaire. L'extension durait à peine depuis une minute, lorsque la tête de l'os rentra dans sa cavité. Tous les symptômes de la luxation disparurent au même instant, et le malade ne tarda pas à quitter l'hôpital, parfaitement guéri.

Cette observation est digne d'intérêt, et parce qu'elle offre un exemple de luxation dans l'échancrure sciatique, qui, de toutes les luxations de la cuisse, est la plus difficile à reconnaître et à réduire; et parce qu'elle fait voir combien il est facile de méconnaître des luxations dans des cas où aucune circonstance particulière ne les met en relief, et où, au contraire, les symptômes peuvent s'expliquer par d'autres lésions. Cette dernière considération n'est point sans importance, puisqu'une luxation est, en général, d'autant plus difficile à réduire qu'elle est plus ancienne. (*The Edin. Med. and Surg. Journal*. Janvier 1836.)

Obstétrique.

Considérations pratiques sur quelques-unes des causes les plus communes qui retardent l'accouchement; *par Robert Little.* — Ce mémoire est trop long et renferme trop peu de choses nouvelles pour que l'on puisse en donner une analyse complète. Mais on le consultera avec fruit, parce que son auteur y a consigné les résultats de sa pratique et de son expérience. Voici d'ailleurs quelques-unes des considérations qu'on y trouve : En général, les praticiens mettent trop de confiance dans l'emploi des instrumens, et n'apprécient pas assez le mérite des moyens à l'aide desquels on pourrait activer les contractions de la matrice ou favoriser la dilatation d'un col utérin trop rigide ; car, suivant lui, les retards de l'accouchement reconnaissent le plus souvent pour cause une action trop peu énergique de l'utérus ou un état de rigidité de son col. Lorsque les contractions sont suffisamment fortes, et que le col de l'utérus cède convenablement, il est très-rare que l'accouchement soit suivi d'affections inflammatoires des organes de la génération. Au contraire, dans les cas où l'accouchement a été retardé par la rigidité du col, il se développe dans cette partie une inflammation de caractère chronique, qui peut donner lieu à une résistance considérable dans les accouchemens ultérieurs ; car cette inflammation n'est point assez vive pour désorganiser les tissus, mais elle y détermine un épaississement notable. — Vient ensuite une discussion intéressante sur la valeur des divers moyens qui ont été employés pour obtenir, soit des contractions énergiques de l'utérus, soit une dilatation convenable de son orifice. Nous nous

bornerons à signaler à l'attention des accoucheurs le résultat suivant de la pratique du docteur Little ; c'est que le seigle ergoté, loin de mériter la réputation dont il jouit, est notablement inférieur au sel commun, comme excitateur des contractions utérines. (*The Dublin Journal*, N.° 25).

Déchirure de la membrane péritonéale de l'utérus a une époque avancée de la grossesse ; *par Henri Partridge.* — Le sujet de cette observation est une femme, mère de six enfans, qui fut prise de douleur abdominale et de vomissemens bilieux, au début du huitième mois de sa dernière grossesse. Ces symptômes persistèrent ; et il survint, en outre, de fréquentes lipothymies. Les forces étaient brisées, le visage était pâle et décomposé, comme dans le cas d'hémorrhagie abondante. Cependant la malade n'avait perdu que peu de sang. Six heures après le début des symptômes, elle accoucha de deux fœtus enveloppés chacun dans ses membranes propres, adhérentes au placenta. La douleur devint de plus en plus vive, malgré l'emploi de l'opium ; l'écoulement de sang fut un peu plus considérable qu'à l'ordinaire, et la femme mourut quatre heures après sa délivrance.

Autopsie. — On trouva dans l'abdomen près de quatre livres de sang clair et de couleur foncée, sans caillots. L'utérus était bien contracté ; il ne présentait rien d'anormal à sa partie antérieure, excepté quelques ecchymoses dans le tissu cellulaire, aux environs des trompes de Fallope et des ovaires ; mais à sa face postérieure on trouva un grand nombre de déchirures dirigées transversalement, plus ou moins recourbées, variables pour la profondeur, et offrant depuis un demi-pouce jusqu'à deux pouces en longueur. Un lambeau du péritoine, complètement détaché, pendait au-dans de l'abdomen, et laissait voir à nu le tissu charnu et fibreux dont il avait été arraché.

L'auteur considère l'épuisement qui résulta de l'hémorrhagie interne et de la violente douleur, comme la cause immédiate de la mort. Il rapproche de l'observation qui lui est propre, les observations semblables qui ont été rapportées par Sir Charles Clark, John Ramsbotham, Chatto et White. (*Lond. med. chir. Trans.*, tom. XIX).

Pharmacie. Toxicologie.

Empoisonnement par l'acide hydrocyanique ; emploi du carbonate d'ammoniaque ; guérison ; *par le professeur Geoghegan.* — Un homme âgé de 21 ans, sujet depuis quelque temps à des

douleurs d'estomac, qui cependant n'allaient pas jusqu'à la gastrodynie, après avoir essayé en vain plusieurs médicamens, eut recours à l'acide hydrocyanique. Il commença par un grain d'acide de la pharmacopée de Dublin (sp. gr. 0,998), et répéta cette dose donze fois dans la première journée, sans en éprouver aucun effet appréciable. Le lendemain, il prit une demi-drachme, avec le même résultat. Le troisième et le quatrième, il prit une drachme. Le cinquième jour, la dose fut d'une drachme et demie; et cependant aucun effet ne fut produit. Le sixième jour, il prit deux drachmes; deux minutes après avoir pris cette dose, qui produisit dans la bouche la sensation d'une amertume extrême, et après avoir fait quelques pas, il éprouva une grande confusion d'idées, de la céphalalgie et un tintement d'oreilles considérable. Il revint sur ses pas avec peine, s'appuya en avant sur une table, perdit l'usage de ses sens, et tomba en arrière. Il resta dans cet état pendant trois ou quatre minutes, pendant lesquelles il éprouva des convulsions violentes, semblables à celles que produit, chez les lapins, l'ingestion du même poison. Les dents étaient assez fortement serrées les unes contre les autres, pour qu'on ne pût lui faire avaler aucun médicament. On s'empressa donc de tenir à l'entrée de ses narines, du sous-carbonate d'ammoniaque à l'état solide. L'action de cette substance ne tarda pas à se manifester. Le malade put bientôt avaler quelque liquide. La sensibilité revint promptement; il survint ensuite des vomissemens qui produisirent un grand soulagement. Au bout d'une demi-heure, le malade était très-bien, à cela près de la céphalalgie, et d'une sensation de distension de la tête, qui persistèrent jusqu'à la fin du jour. Pendant tout le temps qu'il était resté insensible, ses cuisses avaient été fléchies avec violence sur l'abdomen; les membres supérieurs avaient offert la même contracture, et étaient revenus avec force auprès du tronc, lorsqu'on les en avait écartés. Les yeux avaient été fermés; les dents serrées, et les muscles du visage violemment convulsés. Lorqu'il revint à lui, il se trouva complètement délivré de la douleur qu'il éprouvait dans l'estomac. L'esprit d'ammoniaque aromatisé fut administré un très-court espace de temps après le début des symptômes. Ce fait offre de l'intérêt sous le rapport de la symptomatologie. On y voit en effet l'acide hydrocyanique produire des accidens semblables à ceux qu'il détermine chez les animaux. (*The Dublin Journal*, n° 23).

Académie royale de Médecine.

Séance du 27 février. — VACCINATIONS PRATIQUÉES EN FRANCE, PENDANT L'ANNÉE; *rapport de* M. *Gérardin.* — Les documens que la commission a réunis sout remarquables par leur nombre et leur importance. L'appel fait à ce sujet par M. le ministre du commerce, aux préfets des départemens, a été généralement entendu, et à l'exception de quatre, ceux des départemens du Calvados, de la Nièvre, de la Haute-Loire et de Saône-et-Loire, tous se sont empressés d'y répondre. — M. Gérardin signale d'abord les départemens où l'entretien et la propagation de la vaccine sont l'objet d'une activité souteuue. On peut établir à cet égard deux catégories. Dans la première, qui comprend 17 départemens, le service de la vaccine ne laisse rien à désirer sous le rapport de sa régularité et de ses effets préservatifs. Voici ces départemens : Ardennes, Aveyron, Cantal, Charente, Côte-d'Or, Doubs, Ile-et-Vilaine, Lot-et-Garonne, Meurthe, Nord, Basses-Pyrénées, Haut-Rhin, Haute-Saône, Seine-et-Oise, Tarn-et-Garonne, Vosges. — La seconde catégorie renferme 29 départemens où la vaccine prend une extension qui assure des progrès plus ou moins marqués. Ce sont : Ain, Allier, Basses-Alpes, Corrèze, Côtes-du-Nord, Dordogne, Eure-et-Loire, Finistère, Haute-Garonne, Indre, Isère, Jura, Loire, Loire-Inférieure, Loir-et-Cher, Lozère, Marne, Manche, Meuse, Morbihan, Moselle, Pas-de-Calais, Pyrénées-Orientales, Sarthe, Seine, Deux-Sèvres, Somme, Tarn, Var. — Les autres départemens, à part les quatre déjà désignés, réclament tous, plus ou moins impérieusement, une impulsion nouvelle dans le service de la vaccine.

La seconde partie du rapport de M. Gérardin a trait aux différens cas de variole, de varicelle, de varioloïde, etc., qui ont été observés en 1834. La variole a sévi encore avec intensité dans plusieurs localités, surtout chez les adultes. La vaccine a paru quelquefois suspendre ses ravages. Du reste, des faits mal interprétés, qui ne sont pas nouveaux, mais qui cette fois ont été jusqu'à certain point accrédités par des médecins, sont venus ajouter un préjugé de plus à ceux déjà trop nombreux qui entravent encore la propagation de la vaccine. — M. Bazin a observé à Valence

(Gers), où il vaccine depuis 24 ans, que dans ces derniers temps l'inoculation du vaccin a été suivie d'éruptions varioliques graves, et l'attribue à l'altération du virus. M. Rivoire, à Condom, a fait les mêmes observations ; seulement l'éruption variolique a été bénigne. Dans le même département M. Laborde a vu aussi en 1834, la varicelle succéder à l'inoculation vaccinale. A Mauvezin, M. Labarthe a constaté une varioloïde très-marquée chez un enfant de dix-huit mois six jours, après l'apparition de la vaccine ; la matière fournie par le bouton a inoculé la varioloïde à 27 autres enfans. A Auch, M. Molas a vu en 1833 qu'il suffisait de vacciner pour faire éclater la variole. Ces faits, en tout semblables à ceux de même nature déjà relatés l'an dernier, ne prouvent qu'une chose ; c'est que le fluide vaccin qui a servi aux inoculations n'était point celui de Jenner, mais provenait d'individus atteints de varioloïde, accident grave d'ailleurs, et qui doit exciter l'attention la plus sérieuse. — M. Ollet fils a observé à Boule-d'Amont (Pyrénées-Orientales), une épidémie de varicelle qui a régné du mois d'octobre au mois de décembre 1834 inclusivement, époque à laquelle elle a cessé brusquement. Cette épidémie ne s'est étendue que sur les enfans ; un seul adulte a été atteint. Elle n'a épargné ni les vaccinés ni ceux qui avaient eu la variole, et s'est montrée chez tous indistinctement avec la même série de symptômes. La vaccination pratiquée ultérieurement a parcouru régulièrement ses périodes. — Une seule complication, mais constante, a signalé l'éruption de la varicelle ; c'est une ophthalmie caractérisée par des pustules de la conjonctive qui disparaissaient avec le reste quand l'éruption était terminée. En définitive, cette épidémie n'a eu aucune gravité. — La varioloïde s'est montrée de nouveau dans plusieurs localités. Ses caractères n'ont point changé ; c'est toujours une éruption notablement distincte de la variole par tout l'appareil de ses symptômes, dont la variole ne préserve pas plus que la vaccine, et qui n'a que très-rarement une issue funeste. — M. Desparanches, de Blois, rapporte deux observations de variole développée après la vaccine. C'est, du reste, depuis trente ans qu'il vaccine, la première fois qu'il constate ce fait. M. Sultzer, à Barr (Bas-Rhin), en mentionne un troisième cas. C'est aussi, comme M. Desparanches, la première fois qu'il fait cette observation, et cependant il vaccine depuis 24 ans. — Aucun autre vaccinateur n'a vu la variole après une vaccination régulière. — La question de la *revaccination* a reçu de nouveaux élémens. — L'opinion soutenue à l'Académie par M. Salmade, qu'une seconde vaccine ne donnait

jamais que des boutons irréguliers et avortés, est partagée par MM. Barrey, Hennequin, Guyétant, Labesque, Desparanches. M. Sultzer a contrairement obtenu cinq boutons complètement développés chez une jeune fille de vingt ans déjà vaccinée parfaitement à dix ans. — Mêmes succès sont signalés par MM. Burckard, Schaken, Valentin, Saucerotte et Tueffard. — Ces exemples de réussite doivent être ajoutés à ceux déjà rapportés à l'Académie par MM. Moreau, Bousquet et Hervey de Chégoin. La possibilité de la revaccination est donc de plus en plus confirmée, mais cependant toujours, comme fait exceptionnel. — M. Gérardin examine dans la troisième partie de son rapport, les recherches nouvelles qui ont eu pour but l'origine et la conservation du vaccin. M. Dupont, médecin à Bordeaux, croyait avoir reçu de la société Jennérienne, du véritable cow-pox provenant de la vache, quand les discussions de l'Académie élevèrent des doutes dans son esprit, en lui apprenant que depuis plus de trente ans on ne s'était pas procuré de vaccin primitif. Une lettre du docteur Johnston de la société Jennérienne, le convainquit bientôt que la suscription mise sur le paquet d'envoi avait été mal comprise, et signifiait seulement que le vaccin expédié était à coup sûr celui de Jenner, mais dont on se servait depuis environ trente ans. M. Johnston ajoutait d'ailleurs des développemens à ce sujet. Le docteur Walker a essayé, il y a six ans, du cow-pox provenant de la vache, et il y a renoncé de suite, le bouton obtenu étant loin de valoir celui qui succède au vaccin usité. — La communication directe du cow-pox aux personnes mêmes qui s'y exposent avec intention, est rare et difficile. Quand l'inoculation réussit le mieux, elle est suivie d'une inflammation beaucoup plus vive que celle qu'on observe après les vaccinations ordinaires. D'ailleurs, ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'on peut obtenir le cow-pox. Les vachers répugnent à faire connaître qu'ils ont des vaches atteintes; et malgré la prime offerte par la société Jennérienne, *jusqu'à présent ses soins ont été sans succès.* — Il reste bien démontré que, même en Angleterre, les vaccinations ne se font encore qu'avec le vaccin obtenu par transmission successive de bras à bras. — M. Salmade avait annoncé à l'Académie (*Séance du 14 octobre*), que M. Maceroni, médecin italien, avait bien positivement recueilli le cow-pox sur des génisses venant de Suisse, et surtout qu'il l'avait inoculé avec succès. — Sur l'invitation de la commission, M. Maceroni a pleinement confirmé les assertions de M. Salmade, et de plus, il a bien précisé qu'il n'existait alors ni

javard ni variole dont l'action ait pu provoquer l'origine des pustules sur le pis des vaches. — En France quelques essais ont été tentés. M. Bousquet a inoculé la matière de croûtes présumées du cow-pox, envoyées à la commission par M. Jouet, vétérinaire à Rambouillet. L'opération n'a eu aucun résultat. A Nancy, M. Jeanroy ayant vacciné heureusement trois génisses, a pu communiquer une bonne vaccine en inoculant à des enfans le virus pris sur ces animaux. En Franche-Comté, une réunion de médecins s'occupe de la recherche du cow-pox, mais ils ne peuvent encore fournir aucune observation suffisamment étayée de faits. — Enfin la commission examine la question de la conservation du vaccin, et à propos des tubes de M. Friard, est d'avis que, soit sous le rapport de la priorité d'invention, soit sous celui de l'utilité de ces tubes, des doutes peuvent être justement élevés.

En résumé, les conclusions générales du rapport de M. Gérardin sont : que la vaccine n'a pas cessé d'être le préservatif assuré de la variole; que le vaccin n'inocule que la vaccine, et que tout virus qui développe une autre éruption doit être considéré comme d'une autre nature et sévèrement interdit ; que le vaccin usité en France et en Angleterre est toujours celui découvert par Jenner, et qu'il n'a éprouvé aucune altération par ses transmissions successives ; que la variole bien constatée après une vaccination régulière, est aussi rare que la récidive de la variole chez le même individu ; que la varioloïde n'a pas de caractère grave ; que la revaccination ne réussit pas dans des cas exceptionnels, et que ses avantages sont loin encore d'être bien démontrés ; qu'il importe de constater les vaccinations régulières ; car ce n'est pas leur chiffre élevé, mais leur efficacité préservatrice qui doit triompher des préjugés contre la vaccine ; qu'un moyen toujours très-puissant de propager la vaccine, et dont l'administration ne doit pas se dessaisir, c'est l'obligation imposée aux enfans qui se présentent aux écoles primaires, de présenter un certificat de vaccine ou de variole. Enfin, que les tubes de M. Fiard, dont la priorité d'invention est contestable, n'offrent pas des avantages si prouvés qu'il faille les adopter exclusivement.

Ligatures des tumeurs hémorrhoïdales ; *par M. Amussat.* — Le sujet est un vieillard de 78 ans. L'affection hémorrhoïdale remonte à 29 ans. Quand M. Amussat l'a observée pour la première fois, trois tumeurs énormes, grosses comme des œufs, pendaient au-dehors de l'anus. La réduction de ces tumeurs était de la plus grande difficulté. La défécation ne pouvait s'accomplir sans leur

préalable qui presque toujours devait être provoquée artificiellement pour peu que leur réduction fût ensuite retardée, l'étranglement causait les plus violentes douleurs. Un écoulement glaireux habituel avait lieu par le rectum. M. Amussat ayant proposé la ligature, et l'opération étant acceptée, voici comment il y fut procédé : le malade couché sur le côté, trois incisions cernèrent le pédicule de la masse hémorrhoïdale. Une artère donnait un jet de sang : sa torsion le suspendit immédiatement. Les incisions n'en fournirent pas moins encore un écoulement de sang assez abondant par suite de la division de plusieurs petits vaisseaux insaisissables. Trois ligatures avec la soie cirée furent posées à la base de chacune des tumeurs, un suintement de sang veineux s'établit, et M. Amussat songeait à lier tout le paquet hémorrhoïdal à son union avec l'intestin si une nouvelle hémorrhagie se déclarait. Vingt quatre heures après l'opération, les hémorrhoïdes sont toujours très-sensibles, quoique noirâtres.—M. Amussat redoutant une hémorrhagie, renonça à l'excision, et renouvela la ligature qui fut encore très-douloureuse. Le lendemain, la mortification des tumeurs n'étant pas plus avancée, trois nouvelles ligatures furent appliquées. Alors les tumeurs étant devenues à-peu-près indolentes, M. Amussat se décida à les exciser en deçà des ligatures; il y eut encore douleur et léger écoulement de sang. Le malade très-affaibli s'est rétabli avec lenteur, mais aujourd'hui il est tout-à-fait bien. M. Amussat dit que s'il devait de nouveau pratiquer cette opération, il ne ferait plus d'incision préalable. Après deux seules ligatures verticales ou transverses, il tenterait l'excision; au lieu de ligatures ordinaires, il se servirait de fils métalliques avec le serre-nœud. — Les tumeurs que M. Amussat présente à l'Académie, sont composées d'un très-grand nombre de vaisseaux variqueux, entrecroisés en tous sens.

Séance du 1er mars.—M. Villeneuve propose, au nom de la commission dont il est rapporteur, que l'élection ait lieu dans la section de chirurgie. Adopté.

RAPPORT DE LA COMMISSION DE VACCINE. DISCUSSION. — Une seule des conclusions du rapport de M. Girardin soulève quelques discussions, celle relative aux tubes de M. Fiard. M. Maingault ne croit pas qu'on puisse contester la priorité d'invention à M. Fiard, qui se servait de ses tubes dès 1828, et qui les a publiés en 1831, les réclamations les plus éloignées, celle de M. Mojon, par exemple, ne remontant pas au-delà de 1832. M. Maingault n'admet pas plus la discussion sur l'utilité des tubes. M. Emery nie l'une et l'autre de

ces propositions. Les tubes de M. Fiard sont depuis long-temps usités en Angleterre, et leur forme se retrouve dans tous les tubes à injections délicates pour les préparations anatomiques. M. Planche appuie M. Emery. Un Anglais, en 1827, lui a montré des tubes contenant du vaccin, et qui étaient absolument les mêmes que ceux de M. Fiard. De plus, cet Anglais les donnait comme étant employés depuis très-long-temps en Angleterre.

M. Adelon n'accorde qu'une assez faible importance à la question de priorité dont il s'agit. Quant à l'utilité des tubes, M. Adelon aurait désiré que la commission eût fait plus de recherches pour appuyer ses assertions. — M. Bousquet dit avoir reçu de M. Fiard lui-même ses tubes en 1830 ou 1831. Ils ont cela de très-bon qu'ils aspirent très-rapidement et abondamment le fluide vaccin. Mais sous le rapport de la conservation du vaccin, rien encore ne peut être certifié. Les tubes de M. Fiard, comme tous les tubes capillaires, ont cela de défavorable, qu'ils ne peuvent être entièrement privés d'air. Du reste, M. Bousquet se propose de faire très-incessamment des expériences comparatives avec du vaccin gardé depuis huit mois entre des plaques de verre et dans des tubes de M. Fiard. — M. Double voit dans la discussion qu'on n'est suffisamment éclairé sur aucun des deux points en litige, et, cela étant, vote pour que la commission retranche la dernière conclusion de son rapport, jusqu'à ce que des documens et des expériences plus précises aient permis d'asseoir un jugement bien motivé.

Cet amendement, appuyé par M. Moreau, est accepté par M. Gérardin au nom de la commission. Le reste du rapport et ses conclusions sont adoptés.

Commission pour les prix a décerner par l'Académie. — 1.° Pour le prix sur la phthisie laryngée : MM. Chomel, Louis, Honoré, Roche, Andral père, Andral fils. — 2.° Pour le prix d'anat. pathologique : MM. Ribes, Andral fils, Double, Cornac et Martin Solon. — 3.° Pour le pr x fondé par madame Michel : MM. Pariset, Esquirol, Ferrus, Louyer Villermay et Falret.

Séance du 8 *mars*. — M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Parent-Duchatelet. — M. Dubois, d'Amiens, lit un mémoire sur les jumeaux Siamois.

Traitement des luxations. — M. Gimelle fait un rapport sur un mémoire de M. Malgaigne, relatif à la réduction des luxations. L'idée fondamentale de ce mémoire, c'est que nulle luxation ne pouvant avoir lieu sans déchirure des ligamens et des parties molles environnantes, l'articulation ne pourra recouvrer sa force, sa

liberté de mouvement, et cesser d'être douloureuse avant la cicatrisation de toutes ces parties; d'où il suit que le traitement ne doit point se borner à la réduction, et qu'il faut encore tenir les membres dans une immobilité complète pendant un temps plus ou moins long; c'est parce que l'on néglige cette précaution que les récidives sont si communes. C'est surtout pour les luxations des membres inférieurs qu'il est urgent de faire garder l'immobilité absolue après la réduction. Dans les luxations du fémur, le ligament rond est constamment rompu, mais c'est moins à cette rupture qu'à la déchirure de la capsule des fibres musculaires qui la recouvrent, et à leur non consolidation, qu'il faut rapporter la gêne des mouvemens, souvent la claudication, et quelquefois la récidive. Il en est de même des luxations de la rotule, de celles de l'articulation tibio-tarsienne qui même exigent un appareil spécial très-longtemps continué. Le repos après les luxations des membres supérieurs doit être de quarante jours. Après celles des membres inférieurs il doit être de soixante jours au moins. — On pourra tenter la réduction des luxations anciennes avec chances de succès, tant que les os déplacés ne seront pas enfermés dans une capsule accidentelle bien organisée, et que les extrémités articulaires n'auront subi encore aucune déformation. Après la réduction dans les luxations anciennes, le membre a plus de longueur, et reste tel pendant un temps très-long. — Ce mémoire est renvoyé au comité de publication.

Nouvelles expériences pour la conservation des cadavres. — M. Dizé fait un rapport sur un mémoire de M. Gannal, et propose au nom de la commission son renvoi au ministre de l'instruction publique, comme intéressant les progrès des recherches anatomiques, et au ministre du commerce, comme ayant trait à la salubrité publique. (Adopté).

Séance du 15 *mars.* — Rapport de M. Itard, sur un mémoire relatif aux maladies de l'oreille, par M. Gairal. Renvoi au comité de publication. — Rapport de M. Capuron, sur une réclamation de M. Bonhours, au sujet de la version de l'enfant, la face étant tournée en avant. — Même conclusion que dans le précédent rapport. Adopté.

Séance du 22 *mars.* — La séance est en entier consacrée à la nomination des dix membres, parmi lesquels doivent être tirés au sort les juges du concours d'anatomie de la Faculté. MM. Ribes, Magendie, Baron et Emery sont les quatre premiers élus.

Académie royale des Sciences.

Séance du 8 *février.* — **FŒTUS VOMI PAR UN ENFANT.** — M. Geoffroy Saint-Hilaire annonce qu'il vient de recevoir de M. Ardoin plusieurs documens relatifs à ce fait, et que la pièce anatomique doit prochainement arriver à Toulon. Voici ce qu'on trouve à ce sujet dans un article du journal *le Sauveur* : M. Ardoin, médecin français, domicilié à Syra, fut appelé en juillet 1834 près du jeune Démétrius Stamatteli, qui, depuis trois mois environ, se plaignait d'une douleur dans l'abdomen, et dont l'état s'était fort aggravé depuis six jours. M. Ardoin, arrivé près du malade, trouva des symptômes qui lui firent croire à l'existence d'une gastro-entérite compliquée d'affection vermineuse, et avec menace de congestion cérébrale. Des purgatifs doux, des sangsues aux jugulaires et sur les points douloureux de l'abdomen n'arrêtèrent point la marche du mal. Un vomitif ayant paru indiqué, il fut administré le second jour, et amena l'éjection par la bouche de plusieurs vers intestinaux, et enfin d'un fœtus dont la tête et un bras, dit M. Ardoin, sont bien distincts et à peu près dans l'état de développement qu'offre l'embryon du quarantième au cinquantième jour de la vie utérine. Au lieu des parties inférieures, il n'y avait qu'un prolongement charnu, aminci à son extrémité, et uni à son placenta par une espèce de gaîne qui tient lieu de cordon ombilical. Dix jours après cet étrange vomissement, époque où fut publiée cette relation, le jeune Démétrius était dans un état qui faisait espérer son rétablissement; mais cet espoir n'a pas été réalisé, et le tube intestinal, sur un point duquel le placenta du fœtus était implanté, fait partie de la pièce anatomique.

SPASME DE L'URÈTRE ET DIFFICULTÉ DU CATHÉTÉRISME. — M. Amussat lit un mémoire intitulé : *Du spasme de l'urètre et des obstacles véritables que l'on peut rencontrer en introduisant des instrumens dans ce canal*, et dont l'auteur donne les conclusions suivantes :

1.° Le véritable spasme de l'urètre ne peut avoir lieu que dans la portion du canal que j'ai appelée *musculeuse*, et qu'on désigne communément sous le nom de *membraneuse*. — La compression et l'aplatissement du canal sont seuls effectués dans le tiers moyen de l'urètre par le muscle bulbo-caverneux, et la simple rétraction spasmodique dans l'autre tiers qui est dépourvu de fibres charnues. Seuls, ces trois états *gradués* de spasmes ne peuvent, selon moi,

opposer qu'une faible résistance à l'introduction des instrumens dans l'urètre.

2.° L'urètre de la femme est musculeux comme la portion musculeuse de l'urètre chez l'homme; et jamais cependant, ou rarement au moins, accuse-t-on le spasme de s'opposer à l'introduction de la sonde chez la femme.

3.° Les obstacles naturels que l'on confond presque toujours avec le spasme, dépendent de la constitution anatomique de l'urètre de l'homme. Ces obstacles sont le bulbe et la prostate, qui n'existent pas chez la femme. Pour les éviter, il faut suivre la paroi supérieure du canal; si la sonde courbe s'arrête au bulbe, essayer la bougie à empreinte, ou mieux encore la sonde droite; et si l'on rencontre la même difficulté avec un lithontripteur à bec court, il faut longer la paroi inférieure du canal avec le talon de l'instrument.

4.° Dans l'état actuel de la science, il faut séparer le spasme de l'inflammation, ou de la fluxion inflammatoire qui arrive après des essais infructueux de cathétérisme, après l'extraction d'un fragment de pierre qui a séjourné dans l'urètre, etc.

5.° Le spasme peut s'ajouter à l'état inflammatoire; mais ce dernier état suffit seul pour produire l'obstacle, car il a lieu souvent dans la portion du canal qui est dépourvue de fibres charnues; et, dès qu'une bougie est serrée, on peut dire qu'il y a inflammation, gonflement, rétrécissement ou disproportion entre la sonde et le diamètre du canal.

6.° De ce que l'urètre est facile à sonder après la mort, tandis qu'il y avait difficulté, impossibilité même pendant la vie, il n'en faut pas conclure qu'il existait seulement un rétrécissement spasmodique, comme dans l'exemple de J. J. Rousseau; car un examen attentif prouve que ce changement provient de l'effet cadavérique sur les tissus enflammés, et surtout de la section de l'urètre dans toute son étendue.

7.° Le spasme simple, sans inflammation, cède toujours, selon moi, et serre peu l'instrument. Le gonflement inflammatoire résultant de la gonorrhée, etc., cède aussi, mais plus difficilement; la sonde est alors médiocrement serrée.

Le rétrécissement organique cède beaucoup plus difficilement, et l'instrument est fortement serré.

8.° Les meilleurs moyens pour s'assurer qu'il n'y a point de spasme lorsqu'on éprouve de la résistance, sont l'injection, la bougie à empreinte, ou la sonde droite.

9.° Dans le cas de rétrécissement morbide, les antécédens du malade, et une exploration attentive, doivent empêcher de confondre cet état pathologique avec le spasme.

10.° La cautérisation de l'urètre produit un rétrécissement très-prononcé du canal, et une exagération telle du rétrécissement que l'on cautérise, qu'il est impossible d'introduire après l'instrument qui pénétrait facilement avant.

11.° Dans le cas de maladie de la prostate, la situation de l'obstacle, et le doigt introduit dans le rectum, ne peuvent laisser aucun doute sur le genre d'obstacle qui s'oppose à l'introduction de l'instrument.

12.° Enfin, si, en sondant avec soin l'urètre d'un cadavre, on examine les points du canal où s'arrête le bec de la sonde, on reconnaît que cet instrument rencontre les obstacles aux mêmes points où on les trouve habituellement pendant la vie, on doit en conclure nécessairement que le spasme ne joue qu'un faible rôle dans les difficultés du cathétérisme lorsque le canal est à l'état normal.

Séance du 15 *février*. — Embryologie. — M. Flourens communique les résultats de ses recherches sur les *communications vasculaires entre la mère et le fœtus*, et présente des préparations faites sur l'espèce du lapin, qui montrent, les unes, le passage de la matière injectée du fœtus à la mère, les autres le passage de la mère au fœtus. Sous ce rapport, les mammifères forment deux divisions, savoir : les animaux à placenta unique, où il existe une communication vasculaire entre la mère et le fœtus, et les animaux à placentas petits et multiples, où une communication vasculaire n'existe pas. A prendre donc dans son ensemble la classe des mammifères, dit l'auteur dans les conclusions de son mémoire, deux modes différens constituent les rapports de l'utérus avec l'œuf de la mère : ou une communication vasculaire, c'est-à-dire, une communication très-prononcée, mais par un seul point, par un placenta unique ; ou des communications très-faibles, des communications de simple contact, de simple adhésion, mais par plusieurs points, par des placentas multiples ; de sorte qu'il y a compensation.

Fistules vésico-vaginales. — M. Jobert, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, lit un mémoire *sur ces fistules et sur leur traitement par une nouvelle méthode opératoire*. Nous reviendrons sur ce mémoire.

Séance du 14 *mars*. — Température et écoulement des sour-

CES THERMALES. — M. Longchamp adresse sur ce sujet un mémoire dont le but est de montrer que l'opinion générale admise sur la constance dans la température des eaux thermales et dans la quantité d'eau qu'elles versent en différentes années, ne repose pas, quoique d'ailleurs très-probable, sur des observations assez précises, pour que la science puisse la considérer comme une vérité dûment constatée. M. Longchamp explique les variations qu'on observe entre les déterminations de la température d'une même source, par certaines causes accidentelles, et par l'incertitude provenant de la division des thermomètres. Du reste, aucune observation suivie n'a été faite sur la température des eaux ni sur leur volume dans toutes les saisons.

Séance du 21 mars. — CAUSES DE LA PESTE. — M. Ségur-Dupeyron lit des *Recherches historiques et statistiques sur les causes de la peste*. L'objet de ce mémoire est de démontrer que c'est plutôt d'Égypte que du Levant que nous vient la peste. Pour cela l'auteur a consulté les archives des affaires étrangères, sur l'Égypte et la Syrie, qui ne remontent pas au-delà du dix-septième siècle; les auteurs chrétiens qui ont écrit sur ces pays, et quelques auteurs arabes. De la correspondance des consuls, il résulte l'indication que dans certains cas la peste est précédée en Égypte par la disette et les fièvres malignes; restait à vérifier si cette coïncidence était fréquente. Une lettre de M. de Joinville, consul en 1756, dit que la famine ou l'abondance résulte le plus ordinairement en Egypte d'une mauvaise ou d'une bonne crue du Nil. Après une bonne crue, l'action délétère des vents du Khamsin brûle parfois les moissons avant leur maturité; si la crue est trop faible ou trop forte, les terres non arrosées ne peuvent être ensemencées, ou les eaux mettant plus de temps à s'écouler, l'époque des semences se passe sans que le grain ait pu être confié à la terre.

On pouvait dès-lors penser que la mauvaise crue du Nil était la cause première de la peste en produisant directement la famine. Pour achever de le montrer, il fallait prouver que les fièvres malignes viennent fréquemment à la suite de la disette; et enfin, qu'en Égypte, ces fièvres peuvent prendre un tel caractère d'exaspération, qu'elles présentent les symptômes de la peste d'Orient; c'est-à-dire le charbon et les bubons.

Selon l'auteur, on a attribué trop d'importance à une plus grande abondance de miasmes exhalés de la vallée du Nil; ces exhalaisons ne jouent qu'un rôle très-secondaire dans la production de la maladie; il n'a pris, dans les auteurs chrétiens, que l'indication des

hauteurs du Nil, et a recherché si, dans les années des inondations trop grandes ou trop petites, il ne rencontrerait pas la peste dans quelques parties de l'Europe. Des diverses années citées par A. Aben-Ayas et Djemal Ed-Dyn, seuls auteurs qu'il ait consultés, il résulte que, parmi celles qui ont été marquées en Égypte par de mauvaises crues, 40 correspondent à des pestes mentionnées par des historiens européens, et comprises entre les années 963 et 1499; or, dans cet intervalle, on ne trouve guère plus de 50 à 55 invasions. Ainsi, plus des trois quarts des pestes qui ont affligé l'Europe auraient coïncidé avec de mauvais Nils.

Mais il y a plusieurs de ces pestes, telles que celles de 1137, 1157 et 1263, à Venise, qui ont éclaté l'année même où la crue a été trop forte ou trop faible. L'auteur fait remarquer que les accaparemens de toutes les denrées faits par les grands du pays et les pachas, dès l'instant où ils pouvaient prévoir, par le niveau de la crue, que la récolte suivante serait mauvaise, expliquent comment la disette a pu se montrer, parfois, aussitôt après l'inondation et amener une peste immédiate. Ce n'est pas, du reste, seulement la famine, mais toute calamité publique qui, selon l'auteur, peut donner naissance à cette maladie; ainsi, on ne s'étonnera pas si l'on trouve quelques pestes qui n'auraient pas coïncidé avec les mauvaises récoltes en Égypte, ou des années de disette sans peste correspondante en Europe. La famine ne produit quelquefois que des fièvres malignes en Égypte, et la maladie peut n'avoir pas quitté les lieux où elle est née; il ne serait donc pas impossible qu'à la suite des mauvaises crues de 965, 966, 1008, 1052 citées par A. Aben-Ayas, il se fût développé en Égypte des pestes qui n'auraient pas dépassé les frontières du pays à cause du peu d'activité des relations commerciales; de même que si la maladie s'est développée à la suite des mavaises crues, comprises entre 1183 et 1193, on concevrait que les victoires de Saladin sur les Croisés l'eussent empêché de se répandre en Europe.

Poursuivant pour ainsi dire d'année en année les crues anomales du Nil, l'auteur s'attache à faire voir que, lorsque ces époques ne sont pas marquées par l'apparition de la peste en quelques points de l'Europe, il y a ordinairement, par suite de guerre ou par toute autre cause, interruption des relations avec le Levant.

M. Dupeyron signale l'existence d'une grande lacune dans les documens où il a pu puiser; lacune d'autant plus regrettable que si, jusqu'au milieu du quinzième siècle il n'a existé qu'un foyer de peste, on commence dès ce moment à reconnaître en Europe l'ac

tion d'un second, celui de Constantinople, dont il s'est aussi occupé, et sur lequel il communiquera les résultats auxquels il est parvenu. Pour le moment il ne traite que de l'Égypte, et termine en rapprochant, pour la durée du dix-huitième siècle, les mauvaises crues des pestes. Dans certains cas il y a eu peste, quoique le Nil eût atteint le niveau voulu : il pense que l'inondation a été trop peu durable, ou que le vent du Khamsim a brûlé les moissons; et, en effet, la correspondance des consuls montre que pour deux années de peste, 1740 et 1770, où la crue du Nil avait été la plus régulière, il n'y avait pas moins eu absence presque complète de récolte.

Dans un dernier tableau, l'auteur rapproche les apparitions de la peste en Égypte, de celles qui ont eu lieu en Syrie et dans quelques îles de l'Archipel.

VARIÉTÉS.

Nomination de M. Sanson, *à la Faculté de Médecine de Paris, de M.* Forget, *à celle de Strasbourg.*

Les premiers jours de ce mois ont vu se terminer le long et brillant coucours ouvert pour la nomination à l'une des chaires de clinique chirurgicale vacante à la Faculté de Médecine de Paris par la mort de Dupuytren. M. Sanson a été proclamé professeur. Ce résultat pouvait être prévu d'avance, en pensant à tous les titres antérieurs qu'apportait M. Sanson en dehors des épreuves mêmes du concours actuel : des écrits judicieux sur la plupart des points de la pathologie et de la thérapeutique chirurgicales, un enseignement clinique suivi avec empressement par les élèves, la réputation d'un praticien consommé, enfin des concours précédens qui avaient consacré cette réputation, et qui, pour n'avoir pas été couronnés par le succès, n'en avaient pas été moins honorables à ce compétiteur. Cette nomination a été accueillie par le public avec d'autant plus de faveur, que l'on avait répandu plus de bruits injurieux sur la partialité du jury, et qu'on avait pris texte de ce concours pour dépeindre l'école de Paris comme dominée par un parti qui aurait repoussé M. Sanson. L'événement a montré la valeur de ces accusatious; et s'il était permis, sans se livrer à des personnalités, de faire connaître divers détails piquans, on verrait tomber tout-à-fait le masque qui, tout grossier qu'il est, cache encore à quelques esprits candides

la physionomie de certaines gens. Quoi qu'il en soit, comme aujourd'hui le secret du scrutin est parfaitement connu, nous devons dire que l'un des membres du jury choisis en dehors de la Faculté, et pour ne laisser planer le soupçon sur aucun de ses collègues, que M. Lisfranc, qui s'était posé grotesquement comme le défenseur de l'équité menacée, et avait reçu avec un imperturbable sang-froid les acclamations qui furent adressées par certaines parties du public peu difficile autant à son prétendu triomphe qu'à celui de M. Sanson; que M. Lisfranc a constamment voté pour un autre candidat que M. Sanson. Voici quels ont été les résultats du scrutin : au premier tour, M. Sanson a eu les trois voix de MM. Chomel, Gerdy, Réveillé-Parise ; M. Blandin, celles de MM. Marjolin, Roux, Lisfranc et Murat; M. Bérard, celles de MM. Richerand, J. Cloquet, P. Dubois et Velpeau. Au second tour, M. Blandin n'a plus conservé que les trois voix de MM Roux, Marjolin et Lisfranc, et M. Sanson a réuni à ses trois premières voix les quatre de M. Bérard et celle de M. Murat, ce qui lui a formé la majorité imposante de huit voix sur onze.

Nous regrettons sans doute que le concours ait pris cette forme d'une pure élection. Malgré l'opinion de beaucoup de personnes, qui se croient autorisées par l'expérience et par la connaissance de l'esprit humain, nous croyons encore que le jugement des jurys du concours pourrait être, sinon entièrement, du moins en partie, soustrait à cette apparence d'arbitraire, à ce hasard d'opinions on de préventions individuelles, au milieu desquelles la stricte équité serait quelquefois exposée à être lésée. Il ne nous est pas démontré qu'une discussion au sein du jury sur les titres antérieurs et sur les épreuves des concurrens, qu'un rapport motivé sur la décision prise par ses membres ne puisse pas avoir ce résultat. Du reste, le concours, tel qu'il est constitué, même avec le vice qu'on lui suppose inhérent, aura toujours cet avantage de circonscrire la candidature entre des personnes capables, et d'imposer un bon choix, ne fût-il pas le meilleur.

Dans les résultats des deux scrutins qui ont eu lieu pour le coucours d'où M. Sanson est sorti vainqueur, on peut voir facilement la pensée de certains membres de la majorité du jury qui a assuré la nomination de ce concurrent. Tout en voulant cette nomination, ces derniers membres ont évidemment eu l'intention de donner un témoignage honorable en faveur de M. Bérard qui avait soutenu le concours de la manière la plus brillante, d'opposer ce premier vote sans conséquence à celui que l'on savait devoir rester fidèle à M. Blandin.

Outre ces trois candidats entre lesquels se sont divisées les premières voix du jury, le concours en a fait ressortir quelques autres qui, pour n'avoir pas eu part à ces chances de succès ou à cet honneur, n'ont pas moins pris place parmi les plus dignes, et ont montré que, dans de nouveaux concours, ils disputeraient sérieusement la palme, tels particulièrement MM. Laugier et Sédillot, qui ont fait preuve d'une instruction solide et d'une capacité remarquable.

—Pendant que ce concours avait lieu à Paris, il s'en faisait un à la Faculté de Strasbourg qui avait perdu son professeur de clinique médicale, le célèbre Lobstein. M. Forget, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, a été élu. M. Aronshon, agrégé à la Faculté de Strasbourg, praticien des plus recommandables, paraît être le candidat qui a disputé de plus près la place. Cette nomination est honorable et pour M. Forget, et pour la Faculté, qui n'a été entraînée par aucune prévention en faveur des compétiteurs qui lui appartenaient davantage.

— Deux autres concours vont prochainement s'ouvrir, l'un à Strasbourg, pour la chaire de physiologie, l'autre à Paris pour la chaire d'anatomie. Ce dernier concours promet d'être des plus intéressans. Les compétiteurs inscrits sont MM. Breschet, Bérard, Broc, Blandin, Chassaignac, Jobert, Lebaudy.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire d'anatomie comparée, suivi de recherches d'anatomie philosophique ou transcendante, et accompagné d'un atlas de 31 *planches in-4.° gravées ; par* C.-G. Carus ; *traduit de l'allemand sur la* 2.° *édition, par* A. J. L. Jourdan. Paris, 1835 ; in-8.°, 3 vol., fig. Chez J. B. Baillière.

On se tromperait fort si, à la lecture de ce titre, on croyait avoir affaire à un de ces livres élémentaires comme on en fait souvent en France, qui se contentent de présenter strictement la principale substance d'une science abrégée, écourtée, et parfois décolorée, qui ont le mérite de répandre des notions simples et faciles à saisir, mais souvent même trop simples, et qui nuisent à la science en faisant croire qu'on la possède, quand on n'en a qu'une connaissance superficielle et incomplète. Ce qu'on pourrait repro-

cher à l'auteur allemand, ce serait d'être tombé dans l'excès opposé, de n'avoir pas rendu son ouvrage assez élémentaire. Au reste, nous ne saurions mieux faire comprendre l'esprit de ce travail qu'en donnant une courte analyse des considérations qui le précèdent. Nous allons nous borner à en reproduire le sens et la pensée, sans y mêler des réflexions ou des critiques que chacun pourra faire.

Lorsqu'il s'agit de tracer un tableau fidèle de la vie et d'en discuter les lois, on doit considerer comme le meilleur moyen d'arriver au but, l'exposition et l'explication des divers états de la vie, tant normaux qu'anomaux chez les animaux et chez les plantes. La zootomie, la phytotomie et l'anatomie pathologique, lorsqu'elles comparent les diverses organisations, soit les unes avec les autres, soit avec l'organisation régulière de l'homme, ce sont elles principalement qui, prises ensemble, méritent le nom d'anatomie comparée, jusqu'à présent réservé à la seule zootomie.

En étudiant les formes organiques individuelles, ou la morphologie, on doit avoir égard à quatre degrés différens de développement, ou suivre quatre méthodes diverses d'exposition.

1.° Décrire complètement l'organisme parfait : *anatomie descriptive.*

2.° Faire l'histoire des âges : *anatomie génétique* ou *historique.*

3.° Comparer les ressemblances et les dissemblances des diverses formations considérées une à une, et les classer : *anatomie comparée.*

4.° Exposer la loi intérieure de ces diverses formations ; apprécier l'importance de leurs particularités, et en rechercher les causes ou les conditions d'existence : *anatomie transcendantale* ou *philosophique.*

Ces quatre méthodes peuvent être appliquées à la zootomie. La zootomie comparée est la clef de la zootomie génétique et descriptive, la pierre fondamentale de l'anatomie philosophique, le flambeau de la physiologie et le guide de la zoologie. Qu'un rayon de l'anatomie philosophique vienne à tomber sur elle, qu'elle soit vivifiée par cette importante notion, que le règne animal est uniquement l'idée de l'animalité dispersée dans l'espace et le temps, et elle deviendra indispensable à l'étude de la vie animale. *La zootomie comparée doit faire l'histoire des perfectionnemens graduels de l'organisation animale, décrire et comparer les particularités que présente la structure intime des créatures animales les plus importantes.*

La morphologie génétique étant une partie essentielle de la zootomie comparée, il devient nécessaire pour la solution du problème, que nos recherches ne partent point de l'organisation humaine pour se porter ensuite sur les formations inférieures, mais que nous prenions toujours, au contraire, pour point de départ les derniers degrés de l'organisation animale, et que nous poursuivions successivement cette dernière jusqu'à sa forme la plus complète. Il doit même paraître étranger au plan de la zootomie de décrire en détail l'organisation humaine. Aussi sera-t-elle toujours supposée connue, du moins quant aux traits principaux, ce qui facilitera et permettra d'abréger les descriptions zootomiques.

Mais ici se présentent deux questions à examiner : quelle est la série suivant laquelle il convient de disposer le règne animal, pour faciliter l'étude de son organisation dans son déploiement progressif? Lequel vaut mieux, de décrire le corps de l'animal en bloc et tout entier, ou d'en considérer séparément les principaux systèmes organiques et de les suivre dans leur développement?

On ne pourrait éviter de continuelles répétitions, si l'on voulait décrire l'organisme animal dans tout son ensemble; il est donc préférable de le diviser en systèmes organiques distincts, et de l'étudier successivement dans chacun de ces systèmes, c'est-à-dire, d'étudier chaque système séparément dans toute la série des êtres vivans. Mais, lorsqu'il s'agit de rapporter les parties du corps animal à un certain nombre de grandes divisions, pour établir ces coupes, il faut jeter les yeux sur les divers groupes de l'ensemble du monde organique. En parcourant successivement le monde végétal, le monde animal et l'homme, on voit qu'ils se rapprochent de plus en plus de l'idée d'un organisme indépendant et complet. Et, comme ce paraît être une loi générale, que les formations supérieures admettent en elles les inférieures et ne fassent que répéter, plus parfait seulement, le type qui existait aux derniers échelons, rien n'est plus naturel que de partager les fonctions du corps animal en *végétatives* et *animales* proprement dites.

Toutes les fonctions qui appartiennent aux plantes, nutrition, accroissement, respiration, sécrétion et propagation, se répètent dans la vie animale; il s'y joint seulement une forme de vie nouvelle et supérieure. L'unité de la vie animale a, pour unique condition, la pénétration réciproque et la combinaison intime de deux sphères différentes, *la sphère végétative* et *la sphère animale*; cependant, ces deux sphères sont fort différentes, quant aux fonctions et aux organes qui s'y rapportent. Dans chacune d'elles, il y

a trois principaux chaînons ou systèmes organiques, dont deux sont en antagonisme complet, le troisième formant une sorte d'anneau intermédiaire, et étant, par cela même, caractéristique de la sphère.

Quant à la sphère végétative, ses fonctions se rapportant et à la conservation de l'individu et à la conservation de l'espèce, on peut d'abord la diviser en *reproduction de l'individu* et *reproduction de l'espèce*. La reproduction de l'individu offre trois systèmes subordonnés :

1.° L'assimilateur;

2.° Le respiratoire et sécrétoire;

3.° Le circulatoire, dans lequel les forces opposées des deux précédens se rencontrent et se réunissent.

La reproduction de l'espèce se fait par un seul système, le système génital qui se rapproche, jusqu'à un certain point, du système sécrétoire, surtout dans les animaux inférieurs, comme dans beaucoup de plantes, où la reproduction se fait par scission, par une véritable séparation de parties. Mais elle se compose aussi de trois opérations différentes: l'activité reproductive mâle, l'activité reproductive femelle et le développement de l'embryon.

A l'égard de la sphère animale, on y distingue aisément trois principaux chaînons :

1.° Le système sensoriel;

2.° Le locomoteur;

3.° Le nerveux, qui les réunit.

Mais il faut noter aussi, comme un quatrième chaînon de la sphère animale, le squelette, qui se met diversement en rapport avec les deux pôles de la vie nerveuse, les organes sensoriels et les locomoteurs.

Ce n'est pas ici le lieu de faire voir l'homologie des divers anneaux dont chaque sphère est formée, et comment on retrouve, dans le système sensoriel, un système assimilateur idéal, dans le système nerveux un système vasculaire idéal, etc.

Cependant, il ne faut pas admettre une différence trop tranchée entre le végétal et l'animal; car, comme ces organismes ne sont pas totalement différens de l'organisme de la terre et des corps célestes, de même il n'y a entre eux qu'une différence du plus au moins, dans la dynamisation des mêmes élémens; aussi, existe-t-il une série entière d'êtres organiques, dans lesquels la nature végétale et la nature animale sont si peu distinctes l'une de l'autre, que le nom d'animal ou de plante qu'on leur donne est de pure

convention, et que le mieux est d'en faire un règne intermédiaire, en les désignant sous le nom de *corps vivans primaires*, ou de *proto-organismes*.

Si l'on recherche les différences qui existent entre le végétal et l'animal, on trouve d'abord qu'ils doivent avoir également, pour point de départ, la forme primitive de tout organisme, c'est-à-dire une sphère. Mais, dans les plantes, la formation organique tend à représenter une agrégation de sphères creuses, qui, en se serrant les unes contre les autres, deviennent des cellules hexagones, et puis, en se modifiant, des vaisseaux séveux et des fibres dans les végétaux supérieurs. Dans les animaux, au contraire, la formation de sphères pleines prédomine; aussi, trouve-t-on dans les animaux les plus imparfaits, par exemple, les polypes et les méduses, et dans les embryons des espèces supérieures, une masse primaire, composée de globules nageant dans des liquides. Si l'on va plus loin et que l'on passe à l'examen de la forme fondamentale des parties comprises, soit dans la sphère animale, soit dans la sphère végétale, on reconnaît que plus une partie animale répète la forme végétative, plus sa forme fondamentale se rapproche d'une cellule, *et vice versâ*. Ainsi, une foule de points du corps animal contiennent du tissu celluleux, qui appartient à la sphère végétale et en reproduit la forme; mais les organes particuliers de cette sphère ne peuvent même renier le type celluleux. C'est ce qu'on voit dans les vaisseaux qui se forment comme ceux des plantes; et, plus ils sont imparfaits, plus on y voit les traces de leur origine celluleuse, sous la forme de valvules multipliées, ainsi qu'on le remarque dans les lymphatiques. Le cœur n'est qu'une grosse cellule; quant à l'intestin, ce n'est qu'un gros vaisseau, et il rentre dans le cas précédent; les estomacs sont de grosses cellules centrales, comme les cœurs, etc.

Il en est tout autrement dans la sphère animale. Ainsi, le système nerveux est composé, dans ses parties centrales, d'une masse animale primaire, formée de substance ponctiforme et revêtant, à l'extérieur, la forme globuleuse. En certains points de ses extrémités périphériques, il offre encore des ganglions. Dans le reste de son étendue, les globules nerveux sont rangés en lignes ou séries.

Le système osseux montre une pareille prédominance du type des formations animales proprement dites. Quant aux organes sensoriels les plus nobles, l'œil et l'organe auditif sont les seuls qui offrent la forme globuleuse; les autres font d'ordinaire, en même temps, partie de la sphère végétative. Les organes locomoteurs sont

formés de fibres composées de substance ponctiforme, qui est rangée en séries longitudinales.

Pour ce qui concerne le classement des huit systèmes organiques indiqués plus haut, comme il n'y a pas entre eux de succession ou de filiation, peu importe qu'on commence par l'un ou par l'autre; cependant, il paraît y avoir avantage à s'occuper d'abord de la sphère animale, et puis de la sphère végétative: ce qui permet de finir par l'examen du système sexuel, du développement de l'embryon, et surtout de comparer ce dernier avec le développement de l'animalité en général.

Il reste à distinguer les animaux en classes et en ordres. A cet égard, une classification basée sur le développement de l'ensemble de l'organisation est préférable, surtout pour un pareil ouvrage. Le premier degré de développement de tout organisme, quelque rang qu'il occupe dans la série, est toujours le globule originairement formé d'albumine, l'œuf. Il doit donc y avoir des animaux qui expriment un état de persistance de l'œuf par la tendance à la forme globuleuse, le peu d'hétérogénéité de l'organisation, et surtout l'absence d'opposition prononcée entre des nerfs et des vaisseaux. D'où une première division sous le nom d'*oozoaires*, qui comprend les infusoires, les zoophytes et les radiaires.

Dans des animaux plus élevés, la vésicule vitelline donne naissance à l'intestin, et l'on voit se développer les organes du ventre, puis ceux de la poitrine. D'où les *corpozoaires*, qui se subdivisent, d'après la prédominance de tels ou tels organes, en *gastrozoaires* (mollusques) et *thoracozoaires* (animaux articulés).

La troisième division comprend les animaux supérieurs, dans lesquels les organes centraux de la vie animale prennent la forme d'une tête, qui, avec un développement plus parfait, tend à répéter en elle les formes précédentes, puisque le ventre et la poitrine y sont représentés par la bouche et les cellules nasales. Ce sont les *céphalozoaires*, et ils se subdivisent, d'après telle ou telle prédominance, en *céphalo-œdoiozoaires* (poissons), *céphalo-gastrozoaires* (reptiles), *céphalo-thorocozoaires* (oiseaux), enfin, *céphalo-céphalozoaires* (mammifères), qui sont les véritables représentans de la classe.

Au-dessus de tout cela vient une organisation où tous les développemens de l'animalité disséminés dans ces sept formes fondamentales, se réunissent sous la lumière de la liberté et de la conscience de soi-même: c'est l'homme que l'on ne peut cependant

appeler un animal, à moins d'abuser du mot et de ravaler notre espèce. Les classes se partagent ensuite en ordres, d'après la même progression de développement.

Sans doute nos lecteurs ne partageront pas toutes les idées que nous venons de reproduire, dont quelques-unes sont au moins sujettes à discussion, et dont plusieurs sont empreintes d'un caractère purement spéculatif, peu goûté parmi nous. Néanmoins, on ne peut s'empêcher d'y reconnaître une haute pensée philosophique, qui domine tout l'ouvrage et qui lui donne un intérêt nouveau; car si ces conceptions unitaires, sous lesquelles s'agite et travaille surtout l'école allemande, ne s'appuyent pas toujours sur des faits bien évidens, sur des rapprochemens bien naturels, sur des déductions bien logiques, elles ont cependant déjà fait faire à la science de remarquables progrès en montrant la nature sous un point de vue tout-à-fait particulier.

Au reste, ce n'est pas sous ce rapport seulement que nous recommanderons l'ouvrage de Carus à tous ceux qui cultivent l'histoire naturelle. En laissant de côté cette philosophie transcendantale, il reste dans le travail de cet anatomiste une ample matière d'instruction. Les deux premiers volumes sont consacrés à l'histoire comparée des huit systèmes organiques admis par l'auteur, et qu'il étudie avec soin dans toute la série animale. Un grand nombre de recherches faites par lui-même, une vaste connaissance des travaux antérieurs et contemporains, donnent à cette partie un puissant intérêt. On éprouve seulement le regret que l'auteur, en rassemblant un si grand nombre de faits et en voulant se resserrer dans un étroit espace, pour rendre son livre élémentaire, n'ait pas toujours donné à ses descriptions assez de développemens. Le troisième volume, consacré à des recherches d'un ordre très-élevé sur le développement du système nerveux et sur le squelette intérieur et extérieur, contient aussi un grand nombre de faits curieux; mais il sera beaucoup plus utile à ceux qui connaissent déjà l'anatomie comparée qu'à ceux qui commencent l'étude de cette science.

Quant à l'ordre suivi par le professeur allemand, qui remonte des animaux inférieurs aux supérieurs, dans son exposition de l'organisme, comme il prend toujours pour point de comparaison l'anatomie de l'homme, supposé connue, il importait peu réellement de dérouler la série animale en commençant par une extrémité ou par l'autre. Aussi, cette marche ascendante, plus phi-

losophique dans sa forme, nous paraît avoir réellement peu d'avantage dans l'application. Mais il est un point où l'auteur eût pu, ce me semble, améliorer son travail en le rendant plus facile aux études de ceux qui ne sont pas encore versés dans la science. C'est ce qu'il aurait obtenu, je crois, si, après avoir ainsi décomposé l'organisme pour l'étudier dans chaque système d'organes séparément, il l'eût en quelque sorte recomposé, pour montrer brièvement, dans chaque classe d'animaux, l'état de l'organisation dans son ensemble.

GERDY.

Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu en général, et spécialement sur la loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie, ainsi que sur l'efficacité de la formule des émissions sanguines coup sur coup dans son traitement; par M. J. J. BOUILLAUD, *professeur de clinique médicale à la Faculté de Méd. de Paris.* Paris, 1835; in-8.° Chez J.-B. Baillière.

Les lecteurs de ce journal, les personnes qui assistent aux séances de l'Académie de médecine, tous ceux enfin qui s'intéressent aux progrès de la science ont plus ou moins entendu parler des idées nouvelles de M. le docteur Bouillaud sur le rhumatisme. L'opuscule que nous annonçons ici a pour principal objet l'exposition de ces idées; et nous même, dans cet article, ne nous proposons pas autre chose, persuadé qu'en fait de decouvertes à apprécier, le plus grand service à rendre à la science, et la meilleure marche à suivre, consiste d'abord à les porter à la connaissance du public, dans l'intégrité de leurs prétentions natives, et à appeler sur elles le contrôle de chaque observateur compétent. Le jugement qui se forme ainsi, sous l'influence de la raison générale, est un peu lent à se produire, nous en convenons, mais il a au moins quelque durée; et que de fois n'a-t-il pas réformé les décisions d'une critique plus hâtive et moins éclairée! D'ailleurs, M. Bouillaud, qui, comme la plupart des inventeurs, a vu ses écrits attaqués, ses opinions contredites, s'en est vivement ému, et, dans sa préface, il ne nous laisse pas ignorer le peu de cas qu'il ferait au besoin des arrêts de certains auteurs ou censeurs ses contemporains, trop prompts à le blâmer; aux uns, tout classiques qu'ils s'appellent, il jette sans façon le reproche de professer des hérésies étranges, et il les accuse, sans hésiter, du crime ou de la manie de *lèze-observa-*

tion. Quant aux autres, il ne les ménage guère davantage : la politesse de notre langue ne lui permet pas de dire en français tout ce qu'il pense d'eux ; mais une phrase latine, une phrase admirable de Botal, qu'il a soin de citer en gros caractères, et de traduire en partie, vient heureusement le tirer d'embarras. Il n'en traduit que la fin ; mais il est visible que chacun de ceux à qui il l'applique ne peut guère se dispenser de s'en appliquer aussi le commencement ; or, le commencement, le voici : *Nebulones ignavissimi et nequissimi, etc.* Que la critique y regarde à deux fois ; que ces épithètes et ces superlatifs soient pour elle comme l'épée suspendue sur la tête de Damoclès ; qu'elle examine avec maturité, et ne hasarde aucun de ces aventureux jugemens, qui seraient bien vite stigmatisés à la manière de Botal.

Mais laissons cette préface ; passons à l'ouvrage, et mettons sous les yeux du lecteur les pièces du procès, puisque procès il y a.

Déjà, depuis quelques années, les idées de Laennec au sujet de la péricardite, avaient été considérablement modifiées ; cela est incontestable, et M. Bouillaud ne le nie en aucune façon. Ainsi, l'on n'en était plus réduit à deviner, on diagnostiquait cette phlegmasie ; sa nature rhumatismale, dans le plus grand nombre des cas, était chose admise ; mais on pensait que cette inflammation n'avait lieu que rarement, dans des circonstances à peu près exceptionnelles et fort graves. Quant à l'endocardite ou à l'inflammation de la membrane interne du cœur, on n'en savait rien ou presque rien ; toutes deux ne figuraient dans l'histoire du rhumatisme que comme des complications et des accidens.

Selon M. Bouillaud, il en est tout autrement. L'inflammation du double tissu séro-fibreux du cœur devient, dans sa manière de voir, un phénomène sinon constant, du moins très-fréquent, du rhumatisme aigu ; à ce point même, que son existence constitue la règle, et sa non existence l'exception ; elle serait en quelque sorte un des élémens de cette maladie. Au reste, médiocrement satisfait des expressions vagues dont on se sert habituellement pour indiquer cette fréquence, il cherche à la déterminer d'une manière positive, et à donner en chiffres la loi de cette coïncidence. Le résultat auquel ses recherches l'ont conduit, c'est que, dans plus de la moitié des cas de rhumatisme articulaire aigu, il y a péricardite, endocardite, ou endopéricardite, proposition certainement neuve, et dont l'honneur comme la responsabilité lui appartiennent en propre.

Pour nous, qui ne cherchons que la vérité, la première chose à faire est de nous enquérir des signes auxquels M. Bouillaud recon-

naît, soit la péricardite, soit l'endocardite. Disons-le donc d'après lui, l'existence d'une péricardite est certaine lorsque l'on observe les symptômes suivans (nous citons textuellement, page 16) : « Matité de la région précordiale beaucoup plus étendue qu'à l'état normal (doublée, triplée dans tous les sens) ; voussure de la même région ; battemens du cœur éloignés, peu ou nullement sensibles au toucher ; bruits du cœur lointains, obscurs, accompagnés de différens bruits anormaux, dont les uns dépendent du frottement des feuillets opposés du péricarde l'un contre l'autre, et dont les autres proviennent quelquefois de la complication de la péricardite avec une endocardite valvulaire. Une douleur plus ou moins vive à la région précordiale, des palpitations, des irrégularités, des inégalités ; des intermittences du pouls se joignent quelquefois aux symptômes précédens. »

La coïncidence d'une endocardite avec un rhumatisme articulaire aigu est démontrée lorsque les signes suivans se présentent : p. 17, « Bruit de soufflet, de râpe ou de scie, dans la région précordiale, laquelle rend un son mat dans une étendue beaucoup plus considérable qu'à l'état normal, et présente aussi quelquefois, mais à un moindre degré que dans la péricardite avec épanchement, une saillie, une voussure anormale ; les battemens du cœur soulèvent fortement la région précordiale, et ils sont assez souvent irréguliers, inégaux, intermittens, accompagnés parfois d'un frémissement vibratoire. Pouls dur, fort, vibrant, inégal, intermittent comme les battemens du cœur. »

Ceci posé, la question se réduit pour nous à deux points que l'observation attentive des faits peut seule éclaircir : 1° vérifier si chez les personnes atteintes du rhumatisme articulaire aigu, les symptômes signalés par M. Bouillaud existent ; 2° déterminer si ces symptômes sont réellement ceux d'une péricardite ou d'une endocardite.

Relativement au premier point, il y a une remarque à faire que nous croyons de quelque importance ; c'est que la vérification dont nous parlons exige, de la part de ceux qui voudront l'entreprendre, une sorte d'éducation préalable sans laquelle ils courent risque d'être, avec raison, récusés par M. Bouillaud. Cette éducation ne consiste, après tout, qu'à se familiariser avec les procédés d'investigation et d'exploration employés par notre auteur, et à se mettre en état d'en tirer tout le parti possible, précaution de rigueur et de toute justice. La région précordiale sera donc examinée, étudiée avec soin, dans sa sonoréité, dans les battemens

et les bruits dont elle est le siége, dans son relief et le degré de voussure qu'elle est susceptible d'offrir, toutes choses qui ne laissent pas de demander une certaine habitude. M. Bouillaud qui n'a été conduit aux résultats qu'il annonce qu'après avoir, plus soigneusement que ses devanciers, scruté ces phénomènes, est en droit d'exiger, de la part de ceux qui voudraient le réfuter, qu'ils y regardent d'aussi près et avec autant d'attention. Il n'y a en cela rien qui doive choquer l'amour-propre de personne, rien qui puisse rebuter les bons esprits. Les annales de notre science, si lente dans ses progrès, ne nous montrent que trop souvent les plus habiles observateurs passant à côté des faits les plus importans sans les voir. Pour apercevoir du nouveau, pour atteindre plus loin que ses devanciers, c'est une condition presque indispensable que celle de chercher ailleurs où autrement qu'eux. Avenbrugger, Corvisart et Laennec, n'ont pas fait autre chose, et qui ne voit que donner plus d'attention à des circonstances jusque-là négligées, analyser plus fidèlement certaines particularités obscures, saisir, dans des nuances auparavant confondues, des différences réelles, c'est inventer en perfectionnant. Gardons-nous donc de mépriser rien de ce qui ressemble à un progrès dans l'art si difficile de l'observation, et ne refusons pas de nous initier aux procédés nouveaux qui peuvent étendre son domaine. Si l'on suivait plus généralement cette marche, on verrait probablement moins d'observations, moins de ce qu'on appelle si gratuitement *des faits*, comme aussi moins de mémoires et de recueils destinés à les enregistrer; mais, ces observations mieux faites seraient plus complètes, plus probantes, plus précieuses; elles ne se renverraient pas l'une à l'autre le reproche d'inexactitude; chaque opinion n'en aurait pas par centaine à sa dévotion, et la science, moins embarrassée, marcherait plus vite.

Quoi qu'il en soit, la condition dont nous parlons étant réalisée, l'étude de la région précordiale bien faite, le reste, pour un observateur de bonne foi et qui aurait le temps, ne serait pas difficile; les hôpitaux fournissent assez de rhumatisans pour décider la question en quelques mois. Le temps et l'occasion, sinon la bonne foi, nous ont manqué jusqu'ici, et nous ne pourrions mettre, à côté des chiffres de M. Bouillaud, que des à peu près insignifians. Nous devons avouer cependant, et nous avouons avec plaisir, que depuis la publication du *Traité clinique sur les maladies du cœur*, ayant examiné avec plus de soin les phénomènes désignés plus haut, nous avons constaté leur existence plus souvent qu'auparavant, mais

nous ne saurions dire dans quelle proportion, et d'ailleurs, resterait encore pour nous à nous fixer sur leur véritable signification.

Selon M. Bouillaud, ces symptômes sont ceux de la péricardite ou de l'endocardite, et le fait est, qu'à n'en juger que par ce que nous peuvent suggérer l'anatomie et la physiologie, cette explication n'a rien d'invraisemblable; elle se prête très-bien à ce que nous savons de la structure et des fonctions, soit du péricarde, soit des valvules situées aux divers orifices du cœur. Mais est-ce là tout ce que l'on peut alléguer en faveur de cette opinion? Ne repose-t-elle que sur des probabilités de vraisemblance? Par exemple, l'autopsie dévoile-t-elle des traces incontestables d'inflammation sur les sujets qui succombent après avoir offert ces symptômes?

Dans son nouvel ouvrage, M. Bouillaud ne donne aucune preuve de ce genre; il renvoie aux observations contenues dans le *Traité clinique*, et là même, elles ne sont rien moins que nombreuses, car, la grande majorité des rhumatismes guérit, comme l'on sait; et, parmi ceux qui succombent, tous n'ont pas nécessairement une endocardite; (nous ne nous occupons point ici de la péricardite pour laquelle nous passons condamnation). Il s'ensuit que l'autopsie ne jette pas sur le sujet de très-vives lumières; la disposition des parties y contribue d'une manière toute spéciale. Ainsi les mouvemens continuels du cœur, le jeu des valvules, le passage non interrompu du sang, sont des obstacles au dépôt, sous forme de membranes, des produits ordinaires de l'inflammation; il n'y a souvent que la rougeur, et cette rougeur, à beaucoup d'observateurs, ne paraîtra point un caractère de phlegmasie assez décisif. M. Bouillaud rappelle que Laennec ne s'en contentait point, et lui même ne s'en tient pas à cette seule altération; car, autant qu'il le peut, il groupe autour d'elle, et les causes et les symptômes, et les autres lésions, comme formation de caillot, rougeur dans les veines et les artères, fausses membranes, adhérences, ulcérations qui peuvent se rencontrer. C'est, de sa part, un travail très-ingénieux et qui demande à être médité avec le plus grand soin; deux catégories, l'une de treize, l'autre de onze observations, placées en tête du second volume lui en ont fourni les élémens.

Dans l'ouvrage que nous annonçons cette fois, M. Bouillaud revient de nouveau et insiste avec force sur les ossifications, les cartilaginifications et autres altérations des orifices du cœur. Elles ne sont rien moins que rares, et M. Bouillaud en place la cause la plus fréquente dans le rhumatisme, dont, à ce qu'il prétend, il est facile de constater l'ancienne existence, en prenant auprès du malade les

renseignemens suffisans. Ainsi, les faits publiés dans son premier ouvrage, et les probabilités déduites du rapport des malades atteints d'affections chroniques du cœur, sont les deux principales sources où il puise, pour prouver que les symptômes que nous avons cités sont réellement ceux de l'endocardite et de la péricardite; c'est positivement sur ce point qu'il importe de provoquer de nouvelles recherches.

Il en est de même du traitement que conseille et qu'emploie l'auteur. On n'a pas encore oublié la discussion qui eut lieu au sein de l'Académie de médecine au sujet de sa formule des évacuations sanguines répétées coup sur coup, discussion qu'il est inutile de retracer ici. Ce qui vaut mieux que de longs débats, et ce que nous demandons, ce sont des faits bien authentiques, bien complets, recueillis par des médecins parfaitement au courant des besoins et des progrès de la science, jaloux de soumettre au creuset de l'expérience la doctrine du professeur de clinique de la Charité. Tant que l'on manquera de faits de ce genre, et l'on en manque, la question ne saurait faire un pas; or voici, pour qu'on la connaisse et pour qu'on l'applique, cette méthode antiphlogistique, véritablement nouvelle, plus énergique que celle de Sydenham, que celle même de M. le docteur Roche, auteur d'un article excellent sur l'arthrite, dans le *Dictionnaire de méd. et de chir. pratique;* nous copions à peu près textuellement dans le nouvel ouvrage de M. Bouillaud.

« Le jour de l'entrée du malade (supposé bien constitué et dans la force de l'âge), première saignée de quatre palettes. Le deuxième jour, seconde et troisième saignées, l'une le matin, l'autre le soir, de trois palettes et demie à quatre palettes chacune; dans l'intervalle, application de sangsues ou de ventouses scarifiées, de manière à enlever trois à quatre onces de sang environ. Le troisième jour, quatrième saignée du bras, de même force; nouvelles ventouses. Le quatrième jour, cinquième saignée, s'il n'est pas survenu un amendement marqué. Le cinquième jour, sixième saignée, toujours de trois à quatre palettes s'il n'y a pas résolution franche, ainsi qu'il arrive presque constamment. En cas de récidive, recommencer ce traitement, qui comprend, en même temps, les soins et les médicamens émolliens ordinaires. M. Bouillaud ôte ainsi cinq livres de sang environ, en cinq jours; circonstance qu'il faut noter, car elle répond, jusqu'à un certain point, à l'objection de quelques praticiens, qui rapportent avoir prescrit, sans le même succès,

d'aussi fortes évacuations sanguines en un temps beaucoup plus long, vingt à vingt-cinq jours, par exemple.

Telle est cette formule déjà célèbre, qualifiée de monstrueuse par les uns, d'héroïque par les autres, et sur laquelle nous n'hésitons pas à appeler, de concert avec M. Bouillaud, le contrôle d'expériences nouvelles.

DALMAS.

Education physique des jeunes filles, ou hygiène de la femme avant le mariage; *par* A. M. BUREAU-RIOFFREY, *D. M.* Paris, 1835; in-8.°, pp. XVI-352. Chez Just-Rouvier et E. Le Bouvier.

Cet ouvrage est du genre de ceux qui s'adressent plutôt aux gens du monde qu'aux médecins, qui, formés de données éparses dans la science et rassemblées dans un but particulier, n'offrent en général rien de neuf. Est-ce à dire pour cela que ces sortes de livres doivent être dédaignés? Non, certainement; car lorsqu'au mérite de la forme, qui a fait la fortune de plusieurs, ils joignent celui d'être faite dans un bon esprit scientifique, ils peuvent être d'une grande utilité, en répandant dans le monde des idées saines sur l'économie animale, ses fonctions, les causes de ses maladies, en faisant connaître des vérités importantes, en détruisant des préjugés funestes. L'ouvrage de M. Bureau-Rioffrey, agréablement écrit, aura en partie cet avantage : nous disons en partie, parce que son livre est un peu trop modelé sur ceux de Roussel et de Moreau, de la Sarthe; parce qu'il se ressent encore trop de cette physiologie et de cette hygiène vague et raisonneuse, faite avec des aperçus et des analogies. Du reste, ce reproche ne porte que sur certains chapitres, et le plus grand nombre offre des considérations positives et importantes, qui seront lues avec fruit par les médecins comme par les gens du monde. On consultera surtout avec intérêt les chapitres qui ont trait aux habillemens des jeunes filles, à leurs exercices et à la gymnastique. Le chapitre qui termine l'ouvrage et qui a pour titre : *Esquisse rapide des maladies communes pendant la croissance*, laisse intact cet important sujet : c'est un de ceux qui, avec celui où l'auteur expose ses vues sur l'accroissement, nous ont suggéré le reproche que nous lui avons adressé plus haut. Nous n'avons pas cru devoir faire une analyse détaillée de l'ouvrage de M. Rioffrey; le plan en était tracé par le sujet même.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AVRIL 1836.

Hôpital Saint-Louis. — *Leçons de clinique chirurgicale de M. le professeur* Gerdy. — *Remarques et observations sur les hernies, recueillies et publiées sous ses yeux, par M.* Beaugrand, *interne.*

L'anatomie chirurgicale des hernies n'offre aujourd'hui presque plus rien à désirer, surtout depuis les dissections délicates et les derniers travaux de M. Thompson; cependant il est encore quelques points sur lesquels il est bon de fixer l'attention. Aussi, avant de rapporter quelques cas intéressans de hernie sous le rapport du diagnostic, je commencerai par des considérations anatomiques sur l'abdomen et sur le mécanisme de la production des hernies, et je terminerai par quelques remarques sur le taxis et sur l'opération de la hernie étranglée.

L'abdomen est la portion du tronc comprise entre la poitrine et le bassin : il forme une grande cavité renfermant la majeure partie des organes de la digestion : ses parois, osseuses en quelques points, sont formées de muscles et d'aponévroses dans tout le reste de leur étendue : comme ce sont ces mêmes parois à travers lesquelles s'effectuent les hernies abdominales, nous allons examiner leur structure pour y chercher les parties qui se laisseront le plus facile-

ment refouler, distendre et traverser par les viscères.

Nous ferons d'abord une observation, c'est que le tissu fibreux se laisse distendre par la pression des viscères intestinaux avec bien plus de facilité que les tissus musculaires, c'est donc, à part les ouvertures naturelles, dans les points où il existe des aponévroses, que les hernies devront se rencontrer.

A cette loi, j'en rattache une autre que j'ai déduite dans mon anatomie des formes : c'est qu'au niveau des aponévroses *existent* constamment *des dépressions* : ainsi, examinant la surface du ventre, sous le rapport de ses formes, on pourra dire : *là où se rencontre une dépression, là peut se produire une hernie, parce que là existe du tissu aponévrotique.*

1.° *Examiné à l'extérieur* : le ventre nous offre une surface à-peu-près cylindrique que, pour la facilité de l'étude nous partagerons en quatre portions ou plans.

A. *Le plan antérieur* nous offre sur la ligne médiane un sillon longitudinal qui, partant du creux de l'estomac, s'étend jusqu'à un demi-pouce environ au-dessous de l'ombilic ; large d'un travers de doigt, il se termine en mourant à la hauteur que nous venons de mentionner, quelquefois même il s'arrête à l'ombilic. Ce *sillon médian* est produit par l'écartement des muscles droits de l'abdomen dans leurs deux tiers supérieurs, il traduit a l'extérieur l'existence du raphé aponévrotique que l'on désigne sous le nom de *ligne blanche.* De chaque côté on voit le plan des muscles droits plus large, mais aussi moins épais supérieurement qu'inférieurement, interrompu par trois ou quatre sillons transversaux peu profonds qui se trouvent au niveau des intersections fibreuses. En dehors de ce plan la paroi antérieure de l'abdomen est creusée d'un nouveau sillon que je nomme *sillon latéral* du ventre : il naît au-dessous de la saillie latérale que dans mon *Anatomie des formes*, j'appelle *costo-abdominaire*, et descend presque verticalement jusqu'auprès

de l'épine iliaque : il est borné en dedans par le bord externe du muscle droit antérieur, et en dehors par les fibres charnues du grand oblique qui ne vont pas jusqu'au niveau du muscle que je viens de nommer. Cette dépression répond encore à une aponévrose, celle du grand oblique. Inférieurement le sillon latéral s'élargit et forme un méplat triangulaire (*sus-inguinaire*) que limite en dedans le bord externe du muscle droit dans son quart inférieur, en dehors l'insertion des fibres du muscle grand oblique sur les aponévroses, et en bas le ligament de Poupart. En dehors du sillon latéral se trouvent les *flancs* qui circonscrivent latéralement le plan antérieur de l'abdomen ; tandis qu'en haut il est borné par l'échancrure inférieure de la poitrine, anguleuse chez les personnes maigres, plus arrondie chez d'autres, et offrant dans le milieu la saillie de l'appendice xyphoïde. En bas la délimitation du ventre est aussi bien marquée : elle est formée par l'échancrure antérieure et supérieure du bassin.

B. *Plans latéraux ou flancs* : leur surface est concave de haut en bas chez les personnes maigres, mais chez celles qui ont de l'embonpoint, ou dont le système musculaire est très-développé, ils forment une saillie qui fait relief sur la poitrine et sur l'os iliaque. Dans ce point les parois de l'abdomen sont constituées par la superposition de trois plans charnus très-épais.

C. *Plan postérieur ou région lombaire* : sa forme est celle d'un lozange ayant sa grande diagonale verticale ; aussi présente-t-il deux côtés supérieurs et deux inférieurs. 1.° Les premiers sont les deux *sillons lombaires supérieurs* qui limitent cette région en haut et en dehors, et ils commencent au niveau des dernières vertèbres dorsales et descendent obliquement en dehors jusqu'à la hanche, en décrivant une légère courbure ; ils correspondent à la naissance des fibres charnues du grand dorsal qui se détachent en relief sur l'aponévrose lombaire.

2.° Les côtés inférieurs qui terminent la région lombaire en bas et en dehors, partent de la rainure des fesses et remontent en divergeant et en formant une courbe dont la convexité regarde en haut et en dedans. Ces sillons correspondent à la partie la plus reculée de la crête iliaque, ils sont produits par le relief que les muscles grand et moyen fessiers forment au-dessous de l'angle postérieur et de la crête de l'os des îles auxquels ils s'attachent. Au milieu de leur longueur, on voit une dépression que je nomme *fossette lombaire latérale.* Elle est formée par la courbure que présente la crête iliaque vers le tiers postérieur de sa longueur, et dont la concavité est tournée en dehors.

Quatre *angles* réunissent ces quatre côtés. L'inférieur, étroit et profond, correspond à la rainure des fesses; le supérieur, plus large, se continue avec le sillon du dos; les deux latéraux, tronqués, limitent la région des flancs. L'espace compris entre ces lignes présente des saillies et des dépressions que nous allons rapidement faire connaître: d'abord, la grande diagonale du lozange est marquée par un sillon parfaitement droit (*sillon médian des lombes*), correspondant à la colonne vertébrale, et dans lequel se dessinent quelquefois en relief les apophyses épineuses des vertèbres. En dehors de cette ligne, on voit la saillie formée par la masse musculaire sacro-spinale, limitée en dehors par le *sillon lombaire latéral*, dont j'ai indiqué les rapports dans mon *Anatomie des formes* (1) avec les importantes conséquences pratiques qui en découlent.

2°. *Examinée à l'intérieur*, la surface antérieure des parois du ventre offre à-peu-près les mêmes dépressions que celles qui se voient au-dehors; il n'y a guère de remarquable que les fossettes décrites par tous les auteurs, et situées derrière la région inguinale: une première en de-

(1) Note, p. 149.

hors de l'artère épigastrique, une seconde entre cette dernière et l'artère ombilicale, une troisième en dedans de l'artère ombilicale. La cicatrice ombilicale constitue un noyau dur, épais, dont le bourrelet saillant forme à l'intérieur un relief très-marqué.

Quant à la face postérieure, son aspect est très-différent de celui que présente la même région en dehors; mais comme la solidité des parois, en ce point, ne permet pas aux hernies de s'y effectuer, nous ne nous y arrêterons pas.

3°. *En haut*, le ventre est limité par le diaphragme, cloison transversale percée en avant, au niveau du sternum, non pas seulement d'une ouverture triangulaire, telle que le décrivent les auteurs, mais de plusieurs intervalles variables, étroits, irréguliers, qui séparent les faisceaux musculaires antérieurs du diaphragme, et font communiquer le tissu cellulaire du médiastin avec celui des parois abdominales. A la partie moyenne du diaphragme existe une large aponévrose connue sous le nom de centre phrénique.

4°. *Inférieurement*, est le plancher formé par les parois osseuses du bassin perforées en plusieurs points d'ouvertures naturelles par lesquelles il se forme quelquefois des hernies (*hernies ischiatiques*, etc.); mais ne devant nous occuper que des hernies qui ont lieu par la partie antérieure du ventre, et spécialement dans la région inguinale, nous n'en parlerons pas.

Nous avons dit que la structure aponévrotique d'une partie était une circonstance qui favorisait la production des hernies, et que les dépressions révélaient, en général, l'existence des aponévroses; nous devons ajouter que, partout où elles existent, les parois du ventre sont plus minces qu'ailleurs. Revenant sur la description de la surface externe du ventre, que nous venons d'esquisser, nous pouvons reconnaître *à priori* les points par lesquels les déplacemens s'effectuent d'ordinaire.

1°. *Ligne blanche.* Les anciens croyaient que les hernies

ombilicales s'effectuaient par l'anneau de ce nom, mais J.-L. Petit (1) reconnut l'erreur dans laquelle on était tombé, et fit voir que les intestins, dans le cas d'omphalocèle chez les adultes, s'échappaient, non par l'anneau, mais par une éraillure au-dessus, au-dessous ou à côté de l'ombilic, tandis que chez l'enfant la hernie avait réellement lieu par l'ouverture elle-même non encore cicatrisée et endurcie. Les autres points de la ligne blanche peuvent encore servir d'issue aux viscères abdominaux; les auteurs renferment un assez bon nombre de faits de ce genre. Il y a donc deux sortes de hernie du nombril : 1.° l'ombilicale proprement dite ou congénitale; 2.° la hernie voisine de l'ombilic ou *adombilicale*.

2.° *Sillon latéral du ventre.* — Ce point des parois abdominales est très-mince, car le plan charnu du transverse et du petit oblique s'arrêtent aussi en dehors du sillon, et les hernies ventrales doivent s'y observer assez souvent; pour ma part j'en ai vu deux, une de chaque côté, sur un même individu; et si les chirurgiens eussent décrit, d'une manière plus précise, la position des hernies ventrales dont ils rapportent des exemples, on pourrait probablement constater leur fréquence.

3.° *Méplat sus-inguinaire.* — La région inguinale est, sans contredit, chez l'homme sur-tout, le siége le plus habituel des hernies; d'ordinaire elles s'échappent par l'orifice extérieur du canal inguinal, et se sont effectuées, soit en suivant le trajet de ce canal, à partir de la fossette externe du péritoine, soit directement par la fossette interne. Cette distinction, due à Hesselbach, est aujourd'hui bien constatée et bien connue. Mais il se produit au voisinage du trajet inguinal, comme au voisinage de l'ombilic, des hernies que je nomme dans mes cours *hernies adinguinales.* J'en ai déjà observé plusieurs variétés (2), et il y en a

(1) *Œuvres chirurg.*, tome II, p. 250.

(2) Voy. mon *Anat. des formes*, p. 183.

quelques exemples dans la science. Les plus anciens que je connaisse sont dus à J. L. Petit. Les voici en abrégé.

Obs. I.re (1)— J. L. Petit rencontra sur un cadavre une hernie siégeant au pli de l'aine; *les parties avaient écarté les fibres du pilier externe de l'anneau, et s'étaient fait place à travers cet écartement après avoir passé sous le pilier interne; la tumeur était de la grosseur, de la figure et de la dureté d'une olive.*

Obs. II.e (2). —Un homme portait une tumeur située un peu au-dessus de l'anneau du côté qui regarde la ligne blanche; le doigt reconnaissait parfaitement la forme de l'anneau, et pouvait y être introduit; la tumeur fut réduite, et depuis J. L. Petit n'a pas revu le malade; mais il pense que c'était une hernie analogue à la précédente. Ce qui le confirme dans cette opinion, c'est l'existence de ces hernies qu'il a parfaitement constatées, et dans lesquelles les parties, après avoir poussé le péritoine au-delà du muscle transverse et de l'oblique interne, n'ayant pu forcer l'anneau de l'oblique externe, se réfléchissent entre l'aponévrose et l'oblique interne, et y forment une tumeur large et plate: (ce sont ces hernies que l'on a nommées *intrà-inguinales*). Dans cette espèce particulière, si l'anneau ne se prête point à la sortie des parties, et s'il se trouve en même temps quelqu'endroit de l'aponévrose de l'oblique externe où les fibres soient écartées, cet écartement s'augmentera à chaque effort que fera le malade..... de sorte que l'intestin, l'épiploon, ou tous les deux ensemble, sortiront par cet écartement, et la hernie ne passera pas par l'anneau.

Enfin, toujours dans cette même région sus-inguinaire, des hernies peuvent se former au-dessus du ligament de

(1) *Œuvres chirurg.*, tome II, p. 246.
(2) *Id.*, p. 247.

Fallope, en dehors de l'anneau, par des écartemens dans les fibres aponévrotiques de l'oblique externe, et à cet égard nous invoquerons encore l'autorité de J. L. Petit, qui en parle d'une manière très-explicite (1). Du reste, ces hernies *adinguinales* n'ont rien d'étonnant, car les parois du ventre sont minces dans toute l'étendue du plan sus-inguinaire.

4.° *Echancrure inférieure de la poitrine.* — Au milieu et immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, est l'extrémité supérieure de la ligne blanche qui peut donner issue à des hernies de l'estomac; et sur les côtés les attaches assez minces du transverse de l'abdomen ne suffisent pas toujours pour résister aux viscères du ventre, et surtout à l'estomac : aussi les hernies épigastriques s'y montrent-elles assez fréquemment, comme on peut s'en convaincre en lisant le Mémoire de Garengeot.

5.° *Echancrure inférieure du ventre.* — Cette échancrure, tout aponévrotique au pli de l'aine, présente encore deux sortes de hernies : 1.° les fémorales proprement dites, et 2.° des hernies *adfémorales* qui se forment aux environs du canal ou trajet crural, en dehors et en dedans, là même où le tissu fibreux est fort et résistant. On en a surtout une preuve remarquable dans l'exemple de hernie à travers le ligament de Gimbernat, observé par M. Laugier.

Il résulte de ces faits et de ceux précédemment cités, que les hernies ne se produisent pas seulement à l'ombilic, à l'aine, par les ouvertures ombilicales, inguinales, fémorales, mais encore autour de ces ouvertures, parce qu'autour de ces orifices existe du tissu fibreux et des aponévroses, circonstance anatomique qui prédispose aux hernies. Guidé par ces principes féconds en conséquences, je ne doute pas que les hernies obturatrices ne

(1) *Id.*, p. 249.

puissent aussi se faire aux environs du trajet sous-pubien, comme je suis persuadé que les hernies périnéales, ischiatiques, peuvent se faire par tous les points des aponévroses qui ferment l'ouverture inférieure du bassin.

5.° *Sillon lombaire latéral.* — Qu'il y ait ou qu'il n'y ait point adhérence du bord externe du grand oblique avec le grand dorsal, la présence du sillon lombaire latéral nous montre *à priori* qu'au-dessous il n'y a que des aponévroses, et que dès-lors des hernies peuvent s'effectuer dans ce point; l'anatomie confirme cette présomption. L'observation suivante, que nous empruntons encore à J. L. Petit (1), et dont la valeur n'a pas été sentie, malgré son importance et sa singularité, prouve qu'il s'y fait des hernies. Une femme portait entre les fausses-côtes et la partie postérieure de la crête iliaque du côté gauche, une tumeur du volume de la tête d'un enfant, disparaissant assez facilement, soit quand la malade était couchée sur le côté opposé, soit à l'aide de légères pressions; un jour cependant elle ne put rentrer, et les accidens de l'étranglement survinrent. Personne ne soupçonnait que ce fût une hernie; les uns regardaient cette tumeur comme un dépôt laiteux, d'autres la regardaient comme venteuse. Quoique J. L. Petit n'eût jamais vu de hernie en ce point, la nature des accidens, et surtout les vomissemens stercoraux, « ne lui permirent pas de douter que ce ne fût une vraie hernie qui s'était faite à travers les fibres aponévrotiques du transversal, entre le muscle triangulaire, à l'endroit où finissent les obliques. » Il est à regretter que l'auteur n'ait pas donné la suite de cette observation, qu'il renvoie à un autre endroit, et dont il ne parle plus. Cette espèce de hernie a été observée aussi par MM. Cloquet et Blandin.

Après avoir ainsi indiqué les circonstances anatomiques qui permettent aux intestins de s'échapper hors de la ca-

---

(1) *Loc. cit.*, p. 257.

vité dans laquelle ils sont contenus, nous allons examiner les causes *mécaniques* de ces déplacemens.

Mécanisme de la production des hernies. — Il est reconnu depuis long-temps que les efforts sont la cause la plus ordinaire des hernies. Voyons comment ils agissent : Dans l'état normal il y a, comme on l'a fait remarquer, équilibre entre la pression des parois abdominales sur les viscères contenus et la réaction de ceux-ci, mais dans les efforts cet équilibre est détruit. Toutefois les physiologistes ne sont pas d'accord sur l'action du diaphragme dans les efforts, soit de sauter, ou de soulever un fardeau, d'aller à la selle, etc.

Les anciens avaient déjà remarqué que dans les efforts on retenait son haleine (1) : depuis, F. d'Aquapendente (2) est venu développer ce mécanisme, et cette théorie, qui semblait oubliée de nos jours, a été reproduite par M. G. Bourdon, dans un mémoire fort intéressant qu'il publia en 1820. Suivant ces auteurs, et c'est ce que l'on peut reconnaître bien facilement, si l'on étudie le phénomène sur soi-même, au moment de se livrer à un effort violent, une inspiration a lieu, puis la glotte se ferme et emprisonne dans le thorax la masse d'air inspirée. Ce resserrement de la glotte lutte avec avantage contre la contraction énergique des muscles de l'abdomen qui tendent à chasser l'air des poumons. J'ai démontré dans ma *Physiologie* (3), que l'action de la glotte n'augmentait véritablement la puissance musculaire que dans les excrétions naturelles ; alors, ai-je dit, « l'action de la glotte est un *véritable appui* sans lequel nous ne pourrions nous débarrasser de

(1) Aristote, *De gener. anim.*, ch. 64 ; et Galien, *De vocal. instrument. dissect.*, ch. 9, *quot modis spiritûs cohibitio fiat.*

(2) Part. II, ch. 9, *De Voce, de secundâ laryngis actione quæ est spiritûs cohibitio.*

(3) Tome I.er, p. 799.

matières fécales sèches et endurcies, et d'urines retenues par un rétrécissement de l'urètre considérable. »

Si tout le monde est d'accord sur cette *partie visible* du phénomène, il n'en est pas de même de l'action d'un autre organe caché à nos sens; je veux parler du rôle que joue le diaphragme dans les excrétions. Les uns, avec MM. Magendie, Fodéra, veulent qu'il soit actif; d'autres, avec M. G. Bourdon, veulent qu'il soit passif. Un auteur célèbre, Fabrice d'Aquapendente (1), avait déjà remarqué que, dans l'excrétion des matières fécales, le *diaphragme était poussé* contre les poumons et dans la poitrine. Voici ses propres paroles : « *In fecum enim exeretione, contingit aerem universum deorsum ad pulmones et diagragma propelli; id quod evenit, ubi thorax enixè contrahitur, et abdominis musculi mirum in modum et ipsi constriguntur, et diaphragma is cedit et versus pulmones incurvatum desidit.* » M. G. Bourdon a reproduit cette opinion; toutefois il s'est peut-être trop avancé en disant qu'il était alors inactif. Son assertion était fondée sur ce fait très-vrai, que lorsqu'on fait des efforts de défécation sans fermer la glotte, l'air s'échappe librement et d'une manière continue à chaque contraction des muscles de l'abdomen; il en résulte qu'alors le diaphragme doit être passif, et se trouver refoulé dans la poitrine par la pression des viscères abdominaux. M. Magendie répondit à cela par une expérience, et coupant les nerfs diaphragmatiques sur un animal vivant, détachant les muscles abdominaux, et ne conservant que la ligne blanche et le péritoine, il démontra que le vomissement n'avait plus lieu. Voulant concilier ces faits en apparence contradictoires, je les soumis à l'analyse logique, et je fus d'abord frappé d'un fait, c'est que de toute nécessité le diaphragme doit céder à la pression des viscères, quand, pendant la

(1) *Loc. citat*

défécation, nous ouvrons la glotte : en effet, dans tout effort, les muscles qui peuvent y concourir agissent, et ceux qui pourraient s'y opposer restent inactifs, et cela indépendamment de notre volonté : ainsi, dans les cas dont il s'agit, *quand la glotte est ouverte*, tout effort des muscles du ventre devient effort d'expiration, et le diaphragme *doit cesser d'agir, parce qu'il s'y opposerait.* En second lieu, je reconnus que la glotte étant fermée, le diaphragme pouvait très-bien concourir à l'expulsion des matières fécales avec les muscles abdominaux, et qu'alors il devait agir en resserrant la partie supérieure du ventre, la circonférence de la poitrine, et par conséquent les poumons; qu'il devait alors, les forçant à s'alonger par en bas, se permettre ainsi à lui-même de s'abaisser sans faire de vide dans la poitrine et sans être obligé de vaincre la pesanteur de l'atmosphère. Dès-lors, de ce qu'il *pouvait y concourir*, je dus conclure qu'*il le faisait nécessairement;* car, encore une fois, la nature paraît enchaîner irrésistiblement dans un effort commun toutes les puissances capables d'y coopérer. Ainsi, pour moi, le diaphragme reste passif dans les grands efforts quand la glotte est béante, et il est au contraire actif quand elle est fermée.

De cette discussion, peut-être un peu longue, il résulte que, lorsque les phénomènes que nous venons de décrire, ont lieu, les viscères abdominaux se trouvent soumis à une violente pression, et comme ils opposent une réaction également énergique, ils tendent à s'échapper par les points qui leur offrent le moins de résistance, les intestins, à cause de leur grande mobilité, de leur *fluidité*, si je puis dire, peuvent être comparés à un liquide; dès-lors les lois de l'hydrodynamique leur deviennent applicables : ainsi, quand une pression sera exercée sur un seul point de la masse intestinale, cette pression sera instantanément répartie dans toute la masse, et les viscères tendront à s'échapper par *tous les points des parois* qui les renferment avec

une force égale à celle qui les comprime. Cette assertion, que l'on ne saurait révoquer en doute, renverse l'explication hypothétique que Béclard avait donnée de la fréquence plus grande des hernies à droite qu'à gauche, en disant que les efforts les plus énergiques ayant lieu à droite, le tronc s'inclinait à gauche et que le diaphragme penché dans ce dernier sens poussait les viscères à droite.

Maintenant que j'ai indiqué les dispositions anatomiques mal connues qui favorisent la production des hernies et en multiplient les espèces au point d'augmenter beaucoup le nombre de celles qui sont généralement admises, maintenant que j'ai exposé le mécanisme de leur formation, je passe au récit de quelques hernies importantes à connaître sous le rapport du diagnostic.

Obs. I.re — *Hernie inguinale étranglée ; délire ; opération au bout* de 36 *heures ; mort.* — Blanchetière (J. B.) rentier, âgé de cinquante ans, entré le 25 mai à Saint-Louis, d'une assez forte constitution, et depuis une dizaine d'années sujet à une hernie inguinale du côté gauche, qui sort assez facilement dans les efforts pour la réduire. — Il avait coutume d'élever les jambes en les appuyant contre un mur, et de tirer directement à lui la tumeur en sens inverse de son déplacement. Il portait habituellement un bandage, mais qui ne maintenait que difficilement la hernie.

Le 24 mai, vers les huit heures du soir, descendant son escalier, il sentit tout-à-coup, sans qu'aucun effort eût précédé cet accident, quelque chose tomber brusquement dans les bourses du côté gauche ; presqu'aussitôt une douleur vive s'empara de cette partie. Deux médecins furent appelés; il ordonnèrent des compresses d'eau vinaigrée sur la tumeur, puis ils tentèrent la réduction sans autre résultat que de faire considérablement souffrir le malade. Conduit à l'hôpital Saint-Louis vers les sept heures et demie du matin, il se présente à nous

portant une tumeur ovoïde alongée, étendue depuis l'anneau inguinal du côté gauche jusqu'à l'extrémité inférieure du scrotum. Sa partie supérieure est moins dure que l'inférieure qui offre une résistance extrême à la pression. Le pouls n'est pas fréquent ; il n'y a pas de nausée ni d'envies de vomir, et pas de hoquet. Les selles sont supprimées depuis la veille; le malade a pris un lavement qui n'a rien fait; il n'y a pas de vents rendus par l'anus ; par instans il survient quelques éructations, mais légères et peu marquées ; du reste pas de douleur dans l'abdomen ; sensibilité très-vive de la tumeur herniaire. Les tentatives de réduction sont douloureuses et restent sans succès (30 sangsues sur la tumeur, un bain simple). La journée se passe ainsi sans douleurs bien vives, mais le soir elles augmentent ; le pouls prend de la fréquence ; et cependant les phénomènes caractéristiques de l'étranglement ne se manifestent pas. De nouvelles tentatives de réduction sont infructueuses. (Vingt sangsues sont encore appliquées ; un bain et un lavement purgatif doivent être donnés). A dix heures du soir, immédiatement après l'application des sangsues, la scène change : le pouls devient très-fréquent ; les réponses, auparavant fort justes et qui prouvaient que le malade jouissait de toute l'intégrité de son intelligence, sont maintenant pénibles, embarrasées; il déraisonne ; les membres sont agités de mouvemens désordonnés; il rejette et replace, tour-à-tour, ses couvertures. Le lavement administré n'ayant produit aucun effet, un second est ordonné ; mais l'agitation du malade, devenue extrême vers 11 heures, ne permet pas de le donner. La nuit se passe au milieu de ces accidens.

Lundi 26 mai, le délire est complet. Tranquille par momens, le malade sort bientôt de cet état pour retomber dans une agitation extrême. En le questionnant, en l'interrogeant, on ne peut obtenir aucune réponse précise; il

divague, et même en lui répondant dans le sens de ses idées, il est impossible de rien obtenir de suivi. La tumeur est toujours dans le même état. Quelques dernières tentatives de réduction causent beaucoup de douleurs, si l'on en juge par les cris et les contractions qu'elles produisent. Il n'y a pas de hoquet, de nausée ni de vomissement. Cependant et à cause même des accidens indiqués, je me décide à opérer sans délai.

Procédé opératoire. Un pli transversal présentant un pouce environ de son bord libre à son bord adhérent, est fait à la peau vers la partie supérieure de la tumeur, et ce pli incisé jusqu'à sa base, la section de la peau est prolongée en bas jusqu'à 18 lignes environ de l'extrémité inférieure du scrotum de ce côté. Les lèvres de la plaie écartées laissent voir le *fascia superficialis* qui est incisé, non pas avec le bistouri à cause des mouvemens tumultueux auxquels se livre le malade, mais avec des ciseaux glissés au-dessous; l'aponévrose avait été préalablement saisie avec des pinces à disséquer. La tunique musculeuse du cordon et plusieurs couches de tissu cellulaire condensé sont ainsi coupées successivement, et à chaque fois la section est prolongée dans la même étendue que celle de la peau, à l'aide des ciseaux glissés par une de leurs lames sous chaque couche fibro-cellulaire à inciser, sans qu'il soit nécessaire de se servir de sonde cannelée. On arrive enfin sur le sac, qui dans un point est saisi et soulevé avec des pinces; la portion soulevée est coupée et l'ouverture agrandie, haut et bas, comme il vient d'être dit : on découvre alors l'épiploon légèrement injecté, et au premier mouvement fait pour l'écarter et le développer, un flot de liquide séro-sanguinolent s'échappe et coule au-dehors. L'épiploon étalé et rejetté en dedans, on voit saillir une anse intestinale violacée, noirâtre, mais évidemment non gangrénée. Le péritoine y est bien adhérent, les parois en sont disten-

dues par des gaz et des matières demi-liquides, l'odeur est seulement celle des intestins ; tout, en un mot, prouve que la portion herniée du tube digestif jouit encore de ses propriétés vitales. Je cherche à introduire alors le doigt entre l'intestin et la paroi supérieure du collet du sac pour m'assurer du siége, et s'il est possible, de l'étendue de l'étranglement. L'orifice extérieur de l'anneau inguinal, qui donnait passage à la hernie, ayant été trouvé extrêmement resserré, je glisse sur l'extrémité du doigt la languette angulaire du bistouri dont nous donnerons plus bas la description, et en baissant le manche de l'instrument par un mouvement de bascule, sa languette unie perpendiculairement à l'extrémité de la lame remonte derrière l'anneau; je l'y maintiens en tirant légèrement à moi l'instrument et j'incise l'anneau de bas en haut. Dans cette opération, l'espèce de crochet du bistouri restant toujours appuyé contre la partie la plus reculée de l'étranglement, s'oppose à ce qu'une portion d'intestin soit pincée entre le tranchant de la lame et le collet du sac. D'un autre côté, l'extrémité angulaire de ce bistouri ayant repoussé les parties molles, sa languette s'étant placée derrière l'étranglement, aussitôt qu'elle y est parvenue, la légère traction exercée sur l'instrument ne lui ayant pas permis de s'en écarter, l'artère épigastrique n'a pu être atteinte. Au moment de ce premier débridement, qui intéresse quelques lignes du pilier supérieur de l'anneau, le malade poussa de grands cris et se débattit avec violence. Mais tout obstacle n'étant pas encore vaincu, un second étranglement formé par le *fascia transversalis*, est saisi et incisé de la même manière. L'ouverture ainsi dilatée, et rien ne s'opposant plus à la réduction, l'intégrité des viscères herniés ayant été constatée on les fit rentrer avec toutes les précautions convenables ; cela fait, malgré les cris que n'avait cessé de pousser le malade, et les efforts auxquels il se livrait, on

fait rentrer l'épiploon ; mais la partie la plus inférieure de ce dernier étant fortement adhérente à la paroi postérieure du sac, il devient impossible de la réduire, et on se contente de l'appliquer contre l'orifice herniaire, de manière à boucher celui-ci. — Restait le bandage à appliquer ; les circonstances particulières dans lesquelles se trouvait le malade décidèrent à employer une compression assez forte pour s'opposer à la reproduction de la hernie. Une compresse trouée enduite de cérat fut appliquée sur la plaie, recouverte d'une masse de charpie, de compresses pliées en plusieurs doubles ; le tout fut maintenu par un spica de l'aine serré. Pendant toute cette opération, le malade ne perdit pas une cuillerée de sang.

La journée s'écoula sans qu'aucun changement se montrât dans l'état du malade, les mêmes accidens cérébraux persistèrent. Cependant le soir, il commence à tomber dans le collapsus, et en même temps le pouls prend une acti vité plus grande. Le malade cesse de répondre aux questions qu'on lui adresse, ou ne balbutie que quelques mots inintelligibles. Les paupières sont fermées, et quand on les ouvre, le malade oublie de les refermer. La pupille est largement dilatée, et l'approche d'une chandelle allumée ne la fait pas resserrer. Du reste, rien du côté de la sensibilité et de la myotilité. (40 sangsues sont appliquées sous les angles de la mâchoire ; un lavement purgatif est administré). L'état du malade ne change pas. Dans la nuit, il est pris de quelques mouvemens convulsifs, de vomissemens bilieux, du reste, peu abondans, et il meurt vers les sept heures du matin.

Autopsie. — Au moment où le cadavre est placé sur la table, il s'échappe de la bouche, une grande quantité de matière liquide, jaunâtre, qui du reste n'est pas empreinte de l'odeur de matières fécales.

Cerveau. La pie-mère est fortement injectée, mais sans infiltration, sans épanchement dans la grande cavité de

l'arachnoïde. La masse encéphalique est lourde, et sa consistance paraît plutôt augmentée que diminuée. Toute la substance blanche des hémisphères et sablée, et à chaque tranche qui est enlevée on voit sourdre une multitude de gouttelettes de sang. Les ventricules ne contiennent pas de sérosité. Les couches optiques, les corps striés, le mésocéphale, sont parfaitement sains et ne participent pas à l'injection sanguine de la substance blanche des hémisphères.

Poitrine. Les poumons n'offrent rien de remarquable; seulement le droit est adhérent dans toute son étendue; du reste ils sont sains et crépitans. Rien du côté du cœur.

Abdomen. L'estomac et les intestins sont distendus par une assez grande quantité de gaz. Le grand épiploon, assez fortement tendu, descend, en faisant converger ses deux bords vers l'ouverture inguinale gauche, et présentant la forme d'un évantail dont le point de réunion est à l'endroit indiqué, et la partie la plus large a son insertion au colon transverse qu'il tiraille en bas. Ce vaste repli du péritoine ayant été coupé suivant sa largeur d'un bord à l'autre, et le triangle inférieur qu'il forme ici, rabattu sur l'aine et la crête iliaque du côté gauche, on aperçoit les parties situées immédiatement derrière l'anneau qu'oblitère l'épiploon. Là se trouve l'anse intestinale herniée, et qui appartient à la partie moyenne de l'iléon; elle est reconnaissable à sa couleur rouge violacée qui règne dans l'étendue de quatre pouces environ, espace au-delà duquel l'intestin présente sa couleur normale. L'anse dont nous parlons repose sur une autre circonvolution qui lui fait suite, et à laquelle elle commence à adhérer par une pseudo-membrane encore molle et pulpeuse. De semblables brides l'unissent aux circonvolutions voisines; enfin elle a aussi contracté des adhérences récentes avec la partie postérieure du bouchon épiploïque qui remplit l'ouverture herniaire. Le tube digestif contient des matières li-

quides, et nulle part, même dans le gros intestin, elles n'ont la consistance ordinaire des matières fécales. L'intestin ouvert ne présente aucune altération pathologique. L'estomac est rempli de ce liquide jaunâtre qui s'échappait par la bouche du cadavre, et dont nous avons parlé. Quant à l'orifice qui donnait passage aux parties herniées, il est totalement obturé par la partie inférieure de l'épiploon qui même, sortant en dehors, va adhérer solidement à la face interne du sac en partie resté hors de l'anneau. Des adhérences semblables à celles que nous avons décrites unissent le pourtour de l'anneau à la portion du repli épiploïque qui le remplit.

Parmi les *symptômes* de la hernie étranglée, on a beaucoup parlé des vomissemens qui, d'abord muqueux, devenaient bilieux, puis enfin stercoraux : c'est ce qui arrive, en effet, fort souvent quand la maladie est très-avancée. Toutefois il n'est pas rare de voir les vomissemens se suspendre, sans que pour cela la hernie soit réductible ; cette réflexion ressort de l'observation que nous venons d'exposer, et dernièrement encore j'ai eu l'occasion de voir un cas analogue.

Obs. II.ᵉ — Une femme de 70 ans était atteinte depuis fort long-temps d'une hernie crurale habituellement réductible : un jour cependant la hernie s'étrangla dans un effort; des tentatives de taxis restèrent sans résultat ; bientôt survinrent les symptômes habituels, y compris les vomissemens bilieux. Au bout de trois jours, elle se décida à venir réclamer des secours à l'hôpital Saint-Louis. Les déjections par la bouche étaient suspendues depuis la veille, et elles ne se reproduisirent pas de toute la journée. Irréductible à l'arrivée de la malade, la hernie ne put céder à nos efforts que dans la soirée, après une application de sangsues. J'avais déjà observé plusieurs fois la cessation du vomissement sur des sujets chez lesquels la réduction pût enfin être obtenue. Cette remarque est importante

pour le diagnostic, afin qu'on n'accorde pas trop de valeur à la suspension des vomissemens, et qu'on ne rejette pas l'idée d'une hernie étranglée à cause de la cessation de ce phénomène. Quant à la suppression des selles, il y a là une raison mécanique qui donne à ce symptôme une véritable importance, car le gros intestin une fois vidé, l'obstacle au cours des matières s'oppose à ce que leur sortie puisse avoir lieu de nouveau, à moins que l'étranglement ne porte que sur une petite partie de la circonférence de l'intestin, ou que la hernie soit épiploïque.

La 1.re observation n'est pas seulement remarquable par la disparition du vomissement; elle l'est bien plus encore par l'affection cérébrale qui est venue compliquer la hernie, et tuer le malade. En effet, cette complication a ajouté aux embarras du diagnostic; elle a aggravé le pronostic et modifié les indications du traitement. Je dis que le diagnostic a été rendu plus difficile, et cela se conçoit : il nous était presqu'impossible de déterminer si les accidens cérébraux étaient seulement une complication accidentelle, ou bien s'ils étaient dus à la violence de l'étranglement, dont à leur tour ils masquaient les symptômes, de même que l'on voit souvent à la suite de blessures ou de fractures graves les malades être pris de délire, et les accidens locaux, la douleur entr'autres, disparaître si complètement, que ces malheureux agitent et frappent avec force les parties lésées sans paraître en souffrir. Quoi qu'il en fût, le pronostic était beaucoup plus grave; car, complication ou symptôme, le trouble des fonctions intellectuelles est toujours une circonstance des plus fâcheuses. Enfin les indications n'étaient plus les mêmes; en effet, si, d'un côté, l'opération ne paraissait pas instamment réclamée par les accidens propres à l'étranglement, qui étaient assez peu marqués, dans l'hypothèse que nous nous posions tout-à-l'heure, il était urgent de débrider pour détruire la cause des accidens cérébraux si elle était dans la hernie.

Si, au contraire, le délire était essentiel, il convenait de le combattre par les antiphlogistiques et les purgatifs, et de commencer le traitement de cette manière : aussi est-ce précisément ce que nous avons fait.

Le *diagnostic différentiel* des tumeurs de l'aine qui peuvent simuler une hernie, a depuis fort long-temps occupé les chirurgiens ; on a cité un bon nombre de cas dans lesquels des erreurs graves avaient été commises : nous ne rappelerons pas ceux qui sont déjà dans la science, nous allons seulement rapporter deux observations dans lesquelles on aurait pu être induit en erreur.

Hernie testiculaire. — On a souvent parlé de la sortie tardive du testicule et de son étranglement dans l'anneau, comme pouvant donner lieu à des symptômes semblables à ceux de la hernie inguinale, et même simuler l'étranglement. Voici un cas de ce genre.

Obs. III.e — Ducrey, Pierre, âgé de 25 ans, cordonnier, d'une bonne constitution, a toujours joui d'une excellente santé; il vint au monde avec un seul testicule dans le scrotum, du côté gauche. Lorsqu'il était en nourrice il se forma, à la suite de cris violens, une petite tumeur dans l'aine droite; cette tumeur se réduisait avec facilité : depuis lors elle reparaissait au moindre effort, et rentrait sous l'influence de la moindre pression. A l'âge de 20 ans, Ducrey s'assujettit à l'usage d'un brayer, et la tumeur cessa de se montrer; mais au mois de juillet 1834, le malade, se croyant guéri, suspendit l'usage des moyens contentifs, et de nouveau les mêmes phénomènes se manifestèrent dans les mêmes circonstances.

Le mercredi 12 août, vers les dix heures du matin, Ducrey étant à Ménilmontant à jouer au billard, sa hernie sortit à plusieurs reprises, quoiqu'il ne se livrât à aucun effort considérable, et une dernière fois il lui fut impossible de la réduire ; toutes les tentatives ne firent que rendre la tumeur plus grosse et plus douloureuse. En même temps

il fut pris de coliques assez vives. Alarmé, il se rendit sur-le-champ à l'hôpital Saint-Louis. Le trajet qu'il fit à pied fut excessivement pénible. Il était obligé de s'arrêter à tout instant.

A son arrivée il présente une tumeur alongée, ovoïde, siégeant dans la région inguinale, et paraissant se prolonger dans le canal. La dureté en est assez considérable, surtout à sa partie moyenne. On peut la circonscrire exactement, et on reconnaît alors un corps ovoïde offrant à-peu-près le volume ordinaire du testicule. Du reste, comme nous l'avons déjà dit, il n'y a qu'un testicule dans le scrotum, ct du côté gauche. Ce qui rend le diagnostic plus positif, c'est la nature des douleurs éprouvées par le malade quand on vient à comprimer la hernie; il ressent une douleur sourde, qui retentit au cœur, et détermine dans la poitrine un sentiment de constriction et une tendance à la syncope; aussi pousse-t-il des cris aigus au moindre effort de réduction : du reste, coliques très-vives, nausées et envies de vomir se reproduisant par intervalles assez rapprochés, mais sans efforts de vomissemens. Le malade ayant été le matin à la selle avant l'accident, on ne peut savoir si le cours des matières fécales est interrompu. Je vis le malade pour la première fois à cinq heures du soir; il avait pris un bain, mais la hernie était encore irréductible. Je fis appliquer cinquante sangsues, et j'ordonnai un second bain. A huit heures je revis le malade. La tumeur était moins douloureuse, et le taxis tenté de nouveau réussit parfaitement. La tumeur rentra sans faire entendre de gargouillement.

Dans ces hernies, le meilleur signe n'est peut-être pas l'absence du testicule du côté affecté, mais bien plutôt la nature des douleurs qu'éprouve le malade quand on presse la tumeur; car on comprend fort bien que le testicule restant dans le ventre il peut se produire une hernie inguinale ordinaire. Dans ces cas il faut, en comprimant l'autre tes-

ticule, offrir au malade le moyen de comparer les sensations qu'il en éprouve, et d'en reconnaître l'identité. J'ai plusieurs fois employé avec avantage ce moyen comparatif.

3.° *Abcès inguinal.* — Voici maintenant une observation assez curieuse qui prouve bien avec quel soin on doit interroger les malades sur la manière dont s'est développée l'affection dont ils sont atteints.

IV.e Obs. — Un homme, à la suite d'un effort violent, voit apparaître dans l'aine une tumeur assez volumineuse; en même temps une douleur très-vive se manifeste. Bientôt surviennent des nausées, des vomissemens bilieux; enfin, pour compléter le tableau, les selles se suppriment. Au bout de huit jours, il se présente à l'hôpital Saint-Louis. La tuméfaction était assez considérable, rénitente, très-douloureuse, s'étendant depuis le scrotum jusque dans le canal inguinal où on la sentait parfaitement. Les selles ne s'étaient pas rétablies, seulement les vomissemens avaient cessé depuis quelques jours. Cette dernière circonstance était l'unique indice qui pût me faire douter de l'existence d'une hernie inguinale étranglée. Il y avait de la fièvre. Des tentatives de réduction ayant échoué, nous avions à hésiter entre une inflammation violente du cordon spermatique avec ou sans abcès, et une hernie. Dans les deux cas, il fallait opérer; si c'était un abcès, il fallait l'ouvrir. Dans l'incertitude, je pris donc le parti de mettre à découvert la tumeur, en coupant couche par couche la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et les aponévroses nombreuses qui s'étendent dans cette région. Arrivé sur l'enveloppe du cordon, j'y reconnus la présence d'un liquide. J'ouvris la tumeur, et j'acquis la preuve que ce n'était autre chose qu'un abcès phlegmoneux formé dans le tissu cellulaire qui unit les vaisseaux et les nerfs du cordon. La guérison ne se fit pas long-temps attendre.

Dans tous ces cas incertains, lorsqu'il existe dans l'aine

une tumeur douloureuse, irréductible, s'étendant jusque dans le canal inguinal, et offrant les caractères de l'étranglement, l'indication ne saurait, je pense, être douteuse; il faut opérer avec les précautions qu'exige la recherche du sac herniaire; car, que ce soit le testicule arrêté dans l'anneau ou une inflammation phlegmoneuse du cordon, etc., il faudra toujours opérer; et si, malgré l'absence de quelques-uns des signes habituels, on avait affaire à une véritable hernie, ce qui, comme nous l'avons vu, peut fort bien arriver, on pourrait soulager immédiatement le malade. On le sait d'ailleurs, ce n'est pas, d'abord, l'incision des parties molles qui rend si redoutable l'opération de la hernie étranglée, car il en résulte une plaie sans aucune gravité; ce n'est même pas l'ouverture du péritoine, mais bien l'inflammation, qui s'est emparée de cette membrane pendant que les parties étaient encore étranglées, et qui persiste et peut faire de nouveaux progrès, malgré le débridement. Aussi la prudence veut-elle qu'après des tentatives méthodiques et suffisamment prolongées de réduction, on en vienne le plus tôt possible à l'opération. Par ces mêmes raisons nous ne saurions approuver les méthodes de massage proposées dans ces derniers temps; elles doivent augmenter l'inflammation du péritoine, et dès-lors rendre plus difficiles les chances de salut, s'il faut enfin recourir au débridement. Elles exposent en outre à déchirer ou rompre l'intestin, si déjà quelques points de gangrène s'étaient manifestés dans la portion étranglée.

Traitement. Lorsque rien ne fait présumer ou reconnaître que la gangrène se soit emparée de la hernie et qu'elle est réductible, il faut la réduire, en d'autres termes, pratiquer le *taxis.*

Voyons et apprécions les principales règles données par les auteurs pour pratiquer cette opération:

1.° *Faire rentrer les premières les parties sorties les dernières.* Ce précepte est parfaitement inutile. Quel que soit

le procédé que l'on emploie, il faut bien qu'il en soit ainsi; car les parties sorties les dernières doivent nécessairement se trouver le plus près de l'ouverture qui leur a donné passage, et toute pression sur la tumeur doit tendre à les faire retourner les premières dans le ventre;

2.° *Pousser dans la direction que les parties ont suivie pour s'échapper.* Nous avons vu que la fluxilité des intestins les rapprochait assez des corps liquides pour que les lois de ces derniers leur fussent applicables; ainsi, de même que la compression des viscères du ventre suffit pour les faire sortir par les orifices naturels, quelle que soit la direction de ces ouvertures, de même une pression circonférentielle complète, exercée sur la tumeur, peut amener l'effet inverse; c'est-à-dire, leur faire parcourir le même chemin en sens opposé. Mais si l'on ne peut exercer qu'une compression circonférentielle incomplète, comme il est impossible de communiquer une direction particulière au mouvement des intestins, leur masse réagit avec autant d'énergie contre les points du sac non comprimés que contre l'ouverture herniaire, et il est possible que l'effort soit impuissant pour réduire la hernie. Pour réussir, il faut que l'intestin pressé ne puisse réagir avec succès que contre l'ouverture herniaire. Pour remplir cette indication, voici comment nous pratiquons le taxis : le malade étant disposé, comme l'indiquent les auteurs, le bassin un peu élevé, les jambes écartées, les muscles de l'abdomen dans le relâchement : 1.° Si la hernie est peu volumineuse, nous embassons la tumeur avec les mains et la comprimons à la fois par toute sa circonférence. Ainsi comprimée de la périphérie au centre, excepté à l'ouverture herniaire, les parties herniées tendront à s'échapper là où une issue se présente, et l'ouverture herniaire s'offrant seule, elles enfileront cette voie et la hernie sera réduite; 2.° Si la hernie est volumineuse, on ne pourra pas l'embrasser et la comprimer exactement dans toute sa circon-

férence ; alors si l'on presse la tumeur en masse, les parties déplacées viendront se présenter toutes à la fois au devant de l'anneau, et se feront mutuellement obstacle, comme une foule se pressant pour sortir par une seule issue ; elles dilateront les parties qui les enveloppent, là où la main ne peut les comprimer, et l'effort de la réaction des parties comprimées s'éparpillera, en quelque sorte, au lieu de se concentrer sur l'ouverture herniaire.

Le moyen que j'emploie pour remédier à cet inconvénient, consiste à saisir, portion par portion, la hernie, à la fractionner successivement ; pour cela je saisis entre l'extrémité des doigts de chaque main, la portion de la tumeur la plus voisine de l'anneau, à un pouce environ de cet orifice, et serrant les doigts, j'isole ainsi cette petite masse du reste de la tumeur ; je la comprime dans toute sa circonférence, et par des mouvemens latéraux de va et vient, j'essaie de faire rentrer ce que j'ai saisi. Il faut ordinairement peu d'efforts pour y réussir ; cela fait, la hernie est diminuée d'autant ; alors, laissant les doigts d'une main appliquée sur l'anneau de manière à empêcher les intestins réduits de ressortir, je fractionne une seconde fois la masse totale avec l'autre main, et abandonnant l'ouverture, j'exerce de nouveau la même manœuvre et avec plus de facilité encore ; je réduis cette seconde partie et je continue de la même manière jusqu'à ce que la hernie soit ramenée à un volume peu considérable, alors j'agis comme dans le premier cas. A l'aide de ce *taxis fractionnel* il m'est arrivé plusieurs fois de réduire des hernies contre lesquelles avaient échoué des manœuvres de taxis exécutées suivant les préceptes des livres, et même par des chirurgiens expérimentés. Une observation toute récente offre une nouvelle application des principes que je viens d'émettre.

Obs. Vme — Le nommé Gontier, âgé de 50 ans, palfrenier, entra à l'hôpital Saint-Louis, affecté depuis 5 ou 6

ans d'une hernie inguinale du côté gauche ; depuis la même époque environ, il est dans un état voisin de la démence, par suite de coups violens qu'il a reçus à la tête dans une rixe. La hernie rentrait habituellement avec facilité. Le malade la contenait à l'aide d'un bandage ; mais vers les derniers jours de mars, il nous a été impossible de savoir au juste où l'époque la hernie s'étrangla. A dater de ce moment, et au rapport de sa femme, il ressentit des douleurs très-vives dans la tumeur, puis des vomissemens survinrent; le malade rendait presqu'immédiatement les boissons qu'on lui donnait, les selles étaient suppprimées. C'est dans cet état qu'il se présente à nous, le 1er avril 1836, cinq ou six jours après l'accident. La tumeur était grosse comme les deux poingts et étendue jusqu'au fond du scrotum ; son pédicule à l'anneau avait au moins un pouce de diamètre. Elle était d'ailleurs tendue comme une hydrocèle, mais non-enflammée. Le pouls avait peu de fréquence. Je fis d'abord quelques tentatives que je cessai promptement à cause des souffrances qu'elles causaient au malade et de la résistance invincible que la tumeur opposait à mes efforts. N'ayant pas encore de renseignemens précis sur ce malade et frappé de l'état de son intelligence que je ne savais à quelle cause rapporter, je fis d'abord appliquer 40 sangsues sur la hernie, donner un bain et un lavement purgatif. Quelques heures après je revis le malade, la tumeur était considérablement ramollie, elle formait une masse molle et fluctuante dans laquelle on distinguait un prolongement assez dur que je supposai formé par l'épiploon. A la moindre pression la tumeur venait s'aplatir contre l'anneau et au pourtour de cette ouverture. Manœuvrant alors, comme nous l'avons dit tout-à-l'heure, je réduisis la hernie par le taxis fractionnel, avec la plus grande facilité, et je fis appliquer sur l'ouverture herniaire un spica convenablement serré. Je prendrai occasion de ce fait pour insister sur l'importance des évacuations san-

guines locales, des bains et des lavemens purgatifs dans les cas de hernie étranglée depuis plusieurs jours. Alors, en effet, les parties voisines sont le siége d'une irritation très-vive, et par suite, d'un engorgement qui s'oppose à son tour à la réduction. Le fait que nous venons de mentionner et celui que renferme la 2.e observation sont des preuves bien manifestes de l'importance de ces moyens, et je crois que leur supériorité sur les manœuvres de massage que nous blâmions plus haut, ne saurait être contestée. Mais cette 5.e observation est surtout remarquable par l'extrême mollesse qui succéda dans la hernie à la tension qu'elle présentait d'abord. Cette mollesse était si grande que la tumeur était fluctuante comme une hydrocèle à moitié vide, et que je fus forcé pour la réduire, de la refouler d'abord vers l'anneau et de l'y maintenir avec la main gauche, tandis que je la fractionnais et que j'opérais avec la main droite. En la refoulant, je lui donnais une tension sans laquelle les portions fractionnées par la main droite n'auraient pas exercé sur l'anneau une pression suffisante pour le dilater. C'est du moins ce qui m'était arrivé dans deux premières tentatives que j'avais faites pour la réduire. La hernie d'ailleurs rentra sans bruit, si ce n'est à la fin où je crus entendre un gargouillement léger.

Mais à quoi tenait l'excessive mollesse qui succéda à l'emploi des sangsues? aurait-elle été la suite de la résorption d'un liquide abondamment épanché et retenu auparavant dans le sac herniaire? Je serais tenté de le croire.

Mais on n'est pas toujours assez heureux pour réduire ainsi la hernie; dans certaines circonstances même il serait imprudent de le tenter, si, par exemple, comme nous le disions en parlant du taxis, la gangrène s'était déjà emparée de la tumeur: dans ces cas il faut opérer. J'ai décrit plus haut assez minutieusement le procédé que j'ai suivi dans un cas de hernie étranglée, pour n'avoir pas à y reve-

nir. Tous les traités de chirurgie renferment d'ailleurs à cet égard d'excellens préceptes. J'insisterai seulement sur quelques modifications qui me sont propres. Je partagerai ici l'opération de la hernie inguinale étranglée en deux temps : 1.° recherche et incision du sac; 2.° débridement.

1.° Pour le *premier temps* je pratique l'incision de la peau comme tout le monde, à l'aide d'un pli que je coupe avec le bistouri ; mais ensuite je me sers souvent de ciseaux droits et mousses. L'avantage que j'y trouve consiste en ce que n'ayant pas de sonde, j'opère plus vite; en ce qu'avant de les inciser je distingue mieux les parties soulevées sur l'une des lames des ciseaux ; en ce que je suis bien plus maître de couper ce que je veux et ce que j'ai saisi, tandis qu'avec le bistouri, un mouvement brusque du malade, un peu trop de précipitation de la part du chirurgien, la maladresse d'un aide qui heurte le bras de l'opérateur, etc., etc., peuvent faire agir l'instrument tranchant plus profondément ou plus loin qu'il n'est nécessaire, ou même blesser l'intestin. Les ciseaux coupent d'ailleurs aussi bien et aussi nettement que le bistouri, et comme on n'agit que sur des couches celluleuses ou fibreuses très-minces, on n'a pas à craindre la contusion que l'on a reprochée à l'action des ciseaux, et dont on a beaucoup exagéré l'importance. Quant à la manière de s'en servir, ce que j'en ai dit plus haut doit suffire.

2.° Le *second temps* ou *débridement* est la partie importante de l'opération, et elle en est la plus dangereuse : aussi une multitude d'instrumens ont-ils été proposés pour la rendre plus facile et plus sûre. C'est ainsi que J. L. Petit, pour être certain de ne couper que les parties fibreuses tendues, se servait d'un bistouri aiguisé à la lime ; que Sharp, A. Cooper et autres ont proposé différentes formes de bistouri courbes ou droits et boutonnés, coupant dans toute leur étendue ou dans une portion seulement de l'étendue de leur lame, etc. Mais si à l'aide de cet instrument,

celui de Cooper surtout, on parvient généralement à éviter la section de l'artère épigastrique, on n'en est pas toujours à l'abri ; et quand l'étranglement est très-considérable, il est difficile et par fois impossible d'introduire ces bistouris boutonnés au-dessous de l'étranglement, au moyen d'une sonde. Il serait imprudent alors de le faire sans conducteur, et comme on n'a pas de moyen de s'assurer de la profondeur de l'étranglement, le bouton du bistouri peut n'en pas atteindre les dernières limites ou les dépasser avec excès, et blesser les intestins ou l'artère épigastrique au-delà de l'étranglement.

Je crois avoir obvié à tous ces inconvéniens au moyen d'une modification que j'ai fait subir au bistouri droit boutonné, et dont l'idée m'est venue dans la circonstance suivante :

Obs. V.ᵉ — Dans le courant de l'année 1833, je fus appelé auprès d'un malade atteint de hernie étranglée : il fallait opérer sur-le-champ. Le malade s'y étant décidé, je pratiquai la première partie de l'opération avec une grande facilité, mais une fois arrivé dans le sac, l'anneau en étreignait si fortement le collet, qu'il me fut impossible de faire passer la sonde avec le bistouri. Je n'osai glisser à plat un bistouri boutonné, de crainte qu'une portion d'intestin ne s'engageât entre la lame et l'anneau. Je pris alors le parti de recourber à angle droit l'extrémité d'une sonde cannelée en argent, dans l'étendue de deux ou trois lignes. Je l'introduisis par la pointe. Quand j'eus franchi les limites de l'étranglement, j'abaissai le reste de l'instrument perpendiculairement au corps du malade, et la portion recourbée se trouva ainsi arcboutée contre la partie postérieure de l'anneau que je tenais saisi par une sorte de crochet. Alors, tandis que j'attirais légèrement à moi la sonde accrochée derrière l'étranglement, je fis glisser dans sa cannelure un bistouri droit, aigu, sans crainte de rien léser, car sa pointe vint se loger au sommet de l'angle de la

sonde que j'avais formé, et le débridement fut ainsi effectué. C'est à la suite de cette opération que j'ai fait construire un bistouri droit large de deux lignes, environ, dans toute son étendue; il est terminé par une petite languette cylindrique un peu applatie, longue d'une ligne environ, et soudée à angle droit à l'extrémité de la lame. L'angle formé par la réunion de l'appendice avec la lame est soigneusement arrondi.

L'usage en est on ne peut plus simple; j'introduis, guidée sur le doigt, l'extrémité de la languette du bistouri, entre l'étranglement et les parties étranglées; cette languette passe aussi facilement que le bout d'une sonde, entre les parties étranglées et celles qui les étranglent. Abaissant ensuite le manche, je fais exécuter à l'instrument un mouvement de bascule, à l'aide duquel l'appendice glisse et remonte appuyé derrière l'anneau. Pendant cette manœuvre, la languette a refoulé les intestins, et elle aurait refoulé même l'artère épigastrique si elle eût pu la rencontrer. Mais si l'on exécute le mouvement de bascule aussitôt qu'il est possible, c'est-à-dire, aussitôt que la languette est entièrement introduite sous l'étranglement, si d'ailleurs on attire à soi l'instrument aussitôt qu'on a commencé le mouvement de bascule, c'est-à-dire, aussitôt que l'étranglement est accroché, il est impossible de léser l'artère. D'ailleurs, pour être plus sûr qu'il ne se trouve pas d'artère saisie entre le crochet et l'anneau, on peut, en tirant légèrement à soi l'instrument, appuyer le doigt sur l'anneau pour reconnaître les battemens d'un vaisseau artériel s'il s'y en trouve, etc. L'étranglement ainsi saisi, je relève le bistouri et je coupe par pression l'ouverture aponévrotique et la portion correspondante du sac. L'angle arrondi qui termine la lame empêche qu'en abaissant ou relevant l'instrument on ne déchire l'intestin ou l'épiploon dans le cas où ils seraient ramollis.

Je crois que l'on ne saurait contester à cet instrument les

avantages suivans. 1°. Son introduction est très-facile ; parce qu'il n'est pas besoin de conducteur, tels que sonde cannelée, feuille de myrthe, etc. ; 2°. la languette qui termine la lame refoule les intestins et les vaisseaux, et les préserve avec beaucoup de succès.

Ses usages d'ailleurs ne sont pas exclusivement bornés au débridement des hernies ; il m'a déjà servi très-utilement dans la trachéotomie pour la section des anneaux cartilagineux du tube aérien, dans l'opération de la taille pour l'incision de la prostate. En élevant le manche, la languette presse le rectum et l'éloigne du tranchant de l'instrument. Je l'ai employé encore avec avantage dans d'autres cas, par exemple, pour la résection des amygdales.

Description du col de l'utérus chez la femme jeune et nullipare ; influence de l'âge et des grossesses sur l'état du col examiné au spéculum ; par le docteur Marc d'Espine, *de Genève.*

Le col de l'utérus, examiné au spéculum chez une femme saine et qui n'a point été enceinte, se présente sous la forme d'un petit mamelon ayant plus de saillie que d'extension à la base, situé au fond et toujours un peu au-dessus de l'axe du vagin. Sa coloration est le plus souvent en rapport avec celle du vagin et varie entre les nuances rose-pâle, rose ou rose-violacé ; elle n'est jamais vive dans l'état de santé. L'orifice du col, toujours chez la femme saine et nullipare, se présente sous la forme d'un pertuis ou triangulaire ou rond, constamment d'un fort petit diamètre ; les diamètres vertical et horizontal sont toujours sensiblement égaux. Les dimensions approximatives peuvent être évaluées comme il suit : le diamètre du col à sa base n'excède guères 6 à 9 lignes, la perpendicu-

laire abaissée du sommet du col à la base, qui en mesure la saillie, est ordinairement de 8 à dix lignes, les diamètres de l'orifice ont une à deux lignes de plus.

Cette description générale est limitée par quelques exceptions : sur 25 femmes nullipares examinées une ou plusieurs fois au spéculum, 22 rentrent dans la description précédente, 7 font exception. Chez ces dernières, 4 fois le col s'est rencontré volumineux, 3 fois il s'est trouvé peu proéminent ou même tout-à-fait applati. Chez deux seulement, l'orifice au lieu d'être rond ou triangulaire, était linéaire, comme fermé, mais alors cette sorte de fente n'était que d'une à 2 lignes et toujours beaucoup plus petite que celle qu'on rencontre chez les femmes qui ont fait un ou plusieurs enfans, comme nous le verrons bientôt : de telle sorte qu'on peut dire que l'orifice du col, presque toujours triangulaire ou rond, très-rarement linéaire, est constamment petit, et n'offre jamais plus d'une ou 2 lignes de diamètre chez la femme qui n'a pas fait encore d'enfant.

L'âge ne paraît pas avoir une influence marquée sur la femme et les dimensions du col ; car on ne rencontre sur les 7 cas exceptionnels qu'une femme ayant plus de 30 ans, tandis que sur les 22 autres, 3 ont également dépassé cet âge ; le rapport de 1 à 3 est à-peu-près celui de 7 à 22.

Si l'âge n'amène par lui-même aucune modification visible au spéculum dans l'état du col, il n'en est pas de même des grossesses.

Dès qu'on examine le col d'une femme qui a fait un ou plusieurs enfans à terme, on le trouve d'abord passablement augmenté de volume, plus ou moins aplati ; de telle sorte que les diamètres de la base sont toujours sensiblement plus grands que la perpendiculaire qui mesure sa saillie ; il n'a plus la forme mamelonée, et peut être plutôt comparé, sinon pour le volume, du moins pour la forme, à une tartelette. Quant à l'orifice, ce qui était l'exception chez les femmes nullipares devient la règle :

il est presque toujours linéaire et n'affecte presque jamais la forme ronde ou triangulaire. La longueur de la fente varie, mais elle est toujours au moins de 3 lignes et peut avoir jusqu'à 6 et 8 lignes de longueur transversale ; dans un cas, je l'ai trouvée d'un pouce. Quelquefois cette ligne est droite et transversale, d'autres fois elle est sinueuse et déchiquetée.

Il n'existe pas de très-grandes différences entre les femmes qui ont fait un ou un grand nombre d'enfans : c'est ainsi que le col est plus ou moins gros ; l'orifice toujours ou linéaire ou sinueux est plus ou moins long ; mais chez plusieurs femmes primipares, on trouve l'orifice aussi étendu en longueur que chez certaines qui ont eu successivement 2, 3, 4, 5 et 6 enfans. Cependant, en moyenne, il est vrai de dire que le col est d'autant plus gros, l'orifice d'autant plus grand que le nombre des enfans a été plus considérable.

Sur 22 femmes qui avaient été toutes enceintes une ou plusieurs fois, et dont j'ai relevé l'histoire avec assez de détails sur le point qui nous occupe, 4 d'entr'elles n'avaient fait encore qu'une fausse couche lorsque je les observai, 12 avaient eu un accouchement à terme, 8 avaient fait deux enfans, 3 en avaient fait trois ; 4 en avaient eu successivement un plus grand nombre.

Si l'on excepte la première classe de femmes, dans chacune des classes suivantes on trouve des orifices de col mesurant 4 et 5 lignes. Une femme qui n'avait eu qu'un enfant, a présenté un orifice linéaire de 6 lignes, tandis qu'une femme qui avait fait 4 enfans, en présentait un de 4 à 5 lignes. Cependant une femme qui avait eu 8 enfans offrait un orifice utérin d'un pouce de diamètre.

Ainsi, quoique, en règle générale, le col soit d'autant plus gros et aplati, l'orifice d'autant plus linéaire et large, que la femme a fait un plus grand nombre d'enfans, la loi n'est pas mathématique, et sans doute d'autres causes

peuvent agir concurremment avec cette loi, telles que les circonstances de l'accouchement, la grosseur de l'enfant, etc. Aussi l'examen au spéculum donne des différences beaucoup plus tranchées entre la femme qui n'a pas fait d'enfans et celle qui en a fait un, qu'entre celle-ci et celle qui en aurait eu un plus grand nombre.

Il existe un passage entre les femmes nullipares et les femmes primipares, je veux parler de celles qui n'ont été enceintes qu'une fois, et qui sont accouchées avant terme. 4 femmes sur les 32 ont été dans ce cas. Chez l'une, dont la date de la fausse couche n'est pas indiquée, le col était petit, et tout au spéculum paraissait être dans l'état où se trouvent les femmes nullipares. Les 3 autres avaient fait une fausse couche de 6 mois, une de 3 mois (1) et une de 2 mois. Elles présentaient toutes trois un col d'un médiocre volume, en forme de mamelon, c'est-à-dire, très-proéminent; chez les premières, l'orifice était elliptique, chez les 2 autres, linéaire, (la dernière présentait une ligne un peu déchiquetée); dans les 3 cas, de 2 lignes de diamètre environ.

Ce petit diamètre de l'orifice qui ne s'est rencontré chez aucune des femmes qui avaient eu des enfans, ainsi qu'une légère augmentation de volume du col sans changement de sa forme, me paraissent être ensemble les deux meilleurs moyens de diagnostiquer cet état mixte entre la femme qui n'a jamais conçu et celle qui a eu un enfant.

Sur les 83 femmes dont j'ai gardé la description du col vu au spéculum, 6 se trouvaient enceintes; et chez 3 d'entre celles-ci seulement la description est suffisamment détaillée. Chez ces femmes le col était plus ou moins volumineux; il était mou, les lèvres étaient gonflées; chez 2 d'entr'elles, l'orifice était tellement dilatable qu'on pouvait y introduire

(1) La fausse-couche de trois mois fut provoquée par un coup de pied reçu dans le ventre.

facilement un pinceau assez volumineux. Ce dernier caractère me paraît être surtout important à considérer, puisqu'il ne s'est présenté chez aucune des 77 autres femmes qui n'étaient pas dans les mêmes circonstances.

Il nous reste enfin, pour épuiser le sujet, à nous demander la valeur comme signe, de l'état sinueux ou déchiqueté de l'orifice. Si nous comparons dans nos notes cet état à celui où l'orifice a la forme d'une ligne droite transversale, nous verrons d'abord que ces deux formes se sont rencontrées également chez les femmes qui n'ont fait qu'une fausse couche, une couche ou plusieurs couches successives. Mais la proportion des orifices sinueux semble un peu augmenter à mesure qu'on passe aux femmes qui ont fait un plus grand nombre d'enfans, tandis que celle des orifices sinueux devient un peu moindre ; de telle sorte que, de l'état déchiqueté ou sinueux de l'orifice, on doit inférer la probabilité d'un plus grand nombre de couches antérieures. Cependant il se pourrait fort bien que les circonstances plus ou moins difficiles de l'accouchement, les accidens, déterminassent cette sorte de lésion du col due au premier accouchement, et même dès la première fausse couche. C'est ainsi que la femme déjà citée plus haut, qui n'avait encore jamais fait qu'une fausse couche, provoquée par un coup-de-pied reçu dans le ventre, présentait un orifice petit, il est vrai, mais déchiqueté.

Tels sont les résultats que j'ai pu tirer, relativement au diagnostic des grossesses antérieures, d'une collection de 120 observations ou notes que j'ai conservées sur des examens au spéculum périodiques et réguliers, faits à l'hôpital des Vénériens, où j'étais interne pendant l'année 1832.

Ils me paraissent assez dignes d'intérêt en eux-mêmes, et méritent bien d'être vérifiés par d'autres observateurs. Je sait fort bien que le toucher donne plusieurs faits diagnostiques précieux sur ces mêmes questions ; mais on m'avouera qu'il laisse encore planer trop de vague sur plusieurs points,

peur qu'on ne saisisse pas avec empressement cette nouvelle voie ouverte à la confirmation de ces données. L'examen au spéculum aidera le toucher dorénavant, comme l'auscultation est venue aider la percussion, pour le diagnostic des affections thoraciques.

Sans doute, un bon renseignement, donné par la femme qu'on examine, est encore un moyen plus sûr, ou, au moins aussi sûr pour arriver à connaître toutes les circonstances relatives à sa vie passée, que le toucher et le spéculum réunis ; mais combien n'est-il pas de cas médico-légaux où le témoignage d'une femme et de ceux qui l'entourent devient suspect et demande un contrôle tiré de tous les moyens médicaux d'exploration que nous possédons.

J'en ai assez dit, je crois, pour faire comprendre le parti qu'on peut tirer d'observations relatives à ce sujet.

Recherches d'anatomie pathologique sur une forme particulière de dilatation et d'hypertrophie du cœur ; par M. BEAU, *interne à l'hôpital Necker, membre de la Société anatomique. (Mémoire présenté à l'Institut, le 28 mars 1836).*

OBS. I.re — Le 2 juillet 1834, il vint à l'hôpital Necker une femme âgée de 42 ans, qui présentait des signes évidens de péricardite ; savoir : une dyspnée extrême avec altération des traits de la face ; un pouls petit, irrégulier ; quelques syncopes, des palpitations ; une douleur vive à la région précordiale, avec une matité de la même région, qui, du bord droit du sternum, s'étendait transversalement et à gauche dans un espace de six pouces, et qui occupait à-peu-près la même étendue en hauteur. Cette femme était alitée depuis le 17 juin, jour où la maladie s'était déclarée subitement par la douleur de côté et la

dyspnée qui, dès ce moment, étaient allés toujours en augmentant, et elle nous assura n'avoir jamais éprouvé ni étouffemens, ni palpitations avant cette époque.

Des applications de sangsues, de ventouses scarifiées, faites à plusieurs reprises sur le siége du mal, soulagèrent la malade pendant les huit premiers jours de son séjour à l'hôpital, et sous leur influence on vit diminuer sensiblement l'étendue qu'occupait la matité de la région précordiale; mais bientôt, la dyspnée et l'irrégularité du pouls reprirent une augmentation due en grande partie à une double pleurésie intercurrente dont on constata l'existence, et la malade mourut le 2 juillet.

Le lendemain, on procéda à l'autopsie. On pratiqua d'abord la percussion de la région précordiale, et ensuite on enleva la partie antérieure du thorax au moyen de deux sections latérales, en ayant soin toutefois de la détacher avec précaution du sac fibrenx du péricarde. Celui-ci apparut alors dans toute son étendue. Sa direction était normale, c'est-à-dire, qu'il était légèrement incliné en bas et à gauche. Il était large à sa partie supérieure, et terminé en pointe arrondie à la partie inférieure. Son volume était considérable, et répondait assez exactement à l'espace de matité limité sur la paroi thoracique avant l'ouverture de la poitrine, ce dont on s'assura en remettant les parties dans leur position naturelle. Je cherchai alors à donner issue au liquide que je supposais remplir le sac du péricarde, en faisant une ponction dans sa partie antérieure; mais il n'en sortit rien, et je m'aperçus bientôt que l'instrument avait pénétré dans le tissu propre du cœur, dont l'adhérence au péricarde était intime dans tous les points, et se trouvait opérée par l'intermédiaire d'une substance demi-cartilagineuse, épaisse d'une ligne environ, et difficile à déchirer. Il suit naturellement de ce que je viens de dire, que le volume du cœur produisait à lui seul cette ampliation du péricarde qui avait d'abord fait croire à une

accumulation de liquide dans son intérieur, en y ajoutant toutefois la faible épaisseur de la pseudo-membrane demi-cartilagineuse qui unissait les deux feuillets séreux. Le cœur était donc énorme; il avait en effet cinq pouces de largeur à sa base, et six pouces et demi de longueur; il était aplati par son propre poids, et le tissu en était mollasse. Ce volume remarquable du cœur tenait surtout à l'agrandissement de ses cavités, dont les rapports de capacité entr'elles étaient pourtant normaux. Les parois avaient également leurs rapports ordinaires d'épaisseur, et étaient toutes hypertrophiées. Ajoutons qu'il y avait un caillot fibrineux dans le ventricule droit, un autre plus petit dans le ventricule gauche. Quant aux membranes internes elles étaient saines, ainsi que les valvules des différens orifices. Il y avait du liquide purulent dans les deux plèvres, etc., etc.

La première question à résoudre après le fait que je viens de rapporter, était de savoir d'où provenait l'augmentation de volume du cœur. Elle n'était pas antérieure à la péricardite, car la malade ne s'était jamais plaint d'étouffemens ni de palpitations avant cette dernière affection. Elle était donc l'effet de l'inflammation du péricarde. Mais comment cette inflammation avait-elle agi pour augmenter le volume du cœur? Etait-ce par son extension au tissu charnu de l'organe? Cette supposition ne tenait pas en réfléchissant aux faits nombreux de péricardite où le cœur a conservé ses diamètres ordinaires. Restait donc, comme dernière explication, celle qui était fournie par la circonstance même de l'adhérence des deux feuillets séreux du péricarde, et qui se présentait ainsi: dans les premiers temps de la maladie, le sac du péricarde, ayant été distendu par le liquide sécrété, avait acquis un volume considérable. Plus tard, ce liquide ayant disparu de sa cavité et y ayant été remplacé par un produit pseudo-membraneux, il y avait eu, comme conséquence de cette transition,

un double mouvement de traction opéré par les fausses membranes, l'un sur le sac du péricarde qui avait été attiré de dehors en dedans; l'autre sur la périphérie du cœur qui, au contraire, avait été attirée de dedans en dehors; et notons que cette traction avait agi de concert avec la tendance naturelle qui portait les deux organes à se rapprocher pour s'opposer par-là au vide qui devait résulter de la disparition du liquide épanché. Ainsi, pendant que, d'un côté, le péricarde éprouvait une action de retrait sur son centre, et diminuait de volume, de l'autre le cœur subissait une augmentation dans ses différens diamètres, qui tenait surtout à l'ampliation de ses cavités. De plus, comme la traction que le cœur avait subie s'était exercée sur tous les points de sa surface, toutes ses cavités avaient prêté de la même quantité à-peu-près, et voilà pourquoi leurs rapports ordinaires de capacité avaient été conservés. Quant à l'hypertrophie de leurs parois, elle rentrait dans la loi générale de formation des hypertrophies, établie par Corvisart, c'est à-dire, qu'elle devait être considérée comme un surcroît de texture et d'organisation musculaire au moyen desquelles le cœur pouvait lutter avec moins de désavantage, d'un côté, contre le sang dont la quantité à expulser était devenue considérable par suite de l'ampliation des cavités, et de l'autre, contre les brides pseudo-membraneuses qui empêchaient l'entier exercice de son resserrement contractile (1).

(1) La théorie de Corvisart est fondée, par analogie, sur l'augmentation que subissent les muscles de la vie animale, quand ils sont soumis à de longs ou violens exercices, et elle paraît très-légitime. Celle qu'on a crû devoir lui substituer l'est beaucoup moins. D'après celle-ci, l'inflammation serait la cause de l'hypertrophie, parce qu'il arrive quelquefois de rencontrer un développement anormal des fibres musculaires de la vessie et de l'estomac enflammés. Comme si dans les cas de cystite et de gastrite il n'y avait pas le plus souvent des contractions répétées des fibres musculaires vésicales et stomacales, dont l'influence sur le développement de ces fibres

Ajoutons que ces obstacles étant les mêmes pour les différens points des parois, elles avaient reçu un renforcement musculaire proportionnel à leur épaisseur naturelle, et cela expliquait encore pourquoi leurs rapports d'épaisseur n'étaient pas plus détruits que les rapports de capacité de leurs cavités.

Cette explication, basée sur le concours de la force de traction des fausses membranes qui s'organisent (1), et de la tendance qu'ont les organes à se rapprocher pour prévenir la formation d'un vide, me parut la seule capable de résoudre convenablement la question que je m'étais proposée, sur l'augmentation du cœur dont il s'agit ici. Je ne pouvais pas cependant l'adopter d'une manière absolue; car, pour que cette influence des fausses-membranes sur l'état du cœur fût définitivement prouvée, il était nécessaire de savoir si toujours la même cause entraînait le même effet; ou autrement si, dans tous les cas d'adhérence des deux feuillets du péricarde, il y avait augmentation de volume du cœur. J'avais donc besoin de nouveaux faits : en parcourant mes notes, j'en trouvai un que j'y avais consigné deux mois avant celui que je viens de rapporter, et qui n'avait pas d'abord éveillé mon attention, bien que lui étant assez analogue. Plus tard, j'ai eu l'occasion de rencontrer trois autres cas d'adhérence du péricarde. Voici les extraits de ces quatre observations :

Obs. II.e — Un homme âgé de 60 ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, entra à l'hôpital Necker le 3 avril 1834. Il avait été affecté de douleurs

---

est bien plus concevable que celle de l'inflammation ! Cette théorie sera peu vraisemblable tant qu'elle ne reposera pas sur la même base que celle de Corvisart, c'est-à-dire tant qu'on n'aura pas prouvé que les muscles de la vie animale, maintenus en repos, peuvent s'hypertrophier à la suite d'une inflammation aiguë ou chronique.

(1) Cette traction est remarquable dans les cicatrisations étendues.

rhumatismales avec fièvre, dans le courant de l'année précédente, et avait eu depuis ce temps-là des palpitations et de l'étouffement qui, augmentant de plus en plus, le forcèrent à s'aliter deux mois avant son entrée à l'hôpital. Il y avait chez ce malade : teinte jaune-brun, bouffissure de la face, anxiété, oppression, toux convulsive, enflure des membres inférieurs; le pouls dur, régulier, vibrant; matité de six pouces en hauteur et en largeur, à la région précordiale; bruit de soufflet des plus marqués entre le premier et le second bruit normal. Cet état ne subit pas de variations dignes d'être notées; seulement l'enflure et l'étouffement croissaient peu-à-peu, lorsque, le 13 avril au matin, le malade mourut subitement en revenant de la garde-robe.

On vit à l'autopsie que le péricarde était volumineux, non recouvert par les poumons, et placé presque longitudinalement, avec une légère inclinaison de droite à gauche et de haut en bas. Le cœur lui adhérait dans toute son étendue et d'une manière intime au moyen de brides celluleuses, courtes et serrées. Il avait cinq pouces de largeur à sa base et six pouces dans le sens longitudinal; son tissu était mou, et l'organe s'affaissait de lui-même et par son propre poids. Les quatre cavités étaient à-peu-près égales entr'elles, et avaient une capacité considérable; les parois en étaient beaucoup plus épaisses que dans l'état normal. Le ventricule gauche contenait un caillot fibrineux décoloré, formé de plusieurs couches concentriques et imbriquées dans les colonnes charnues; deux des valvules aortiques étaient indurées dans leur sommet, et il en résultait un rétrécissement sensible de l'orifice ventriculo-aortique.

Obs. III. — Un homme âgé de 59 ans, d'une forte constitution, et buvant beaucoup de vin (environ quatre litres par jour), s'était assez bien porté jusqu'au mois de mars 1834. A cette époque, il ressentit des douleurs vagues gé-

nérales, accompagnées d'un léger étouffement; mais il n'en continuait pas moins ses occupations, mangeant passablement et buvant comme à son ordinaire, c'est-à-dire, beaucoup. Il resta dans cet état de mal-aise jusqu'au 15 avril suivant. Alors il fut pris tout à-coup, dans la nuit, d'une oppression violente qui le força à se mettre sur son séant. Cette oppression diminua un peu sous l'influence de deux saignées qui lui furent pratiquées, mais il ne put se lever qu'au bout de quinze jours, et encore était-il obligé de s'asseoir aussitôt qu'il avait fait quelques pas. Il mangeait peu, et ne buvait qu'un litre de vin par jour. Il entra enfin à l'hôpital Necker, le 3 juillet de la même année, à cause d'un accroissement que son oppression avait subi depuis quelques jours. Il avait alors les yeux rouges, saillans, la face apoplectique, les jambes infiltrées. Sa respiration était à 32 par minute, le pouls à 70, petit, très-irrégulier; les battemens du cœur étaient confus, sans impulsion, et présentaient un bruit de soufflet entre le premier et le deuxième bruit normal; il y avait à la région précordiale une matité de trois pouces transversalement et de cinq pouces longitudinalement. Cet homme fut saigné, mis à un régime sévère; mais l'oppression et l'enflure des jambes augmentèrent de plus en plus; il s'y joignit un délire que rien ne put calmer, et il succomba le 10 juillet.

A l'autopsie, on constata que le sac du péricarde était un peu recouvert latéralement par le bord antérieur des deux poumons. Sa situation était normale; il adhérait au cœur au moyen de cellulosités nombreuses et résistantes, entremêlées de quelques concrétions puriformes, semi-cartilagineuses à la partie postérieure de l'organe; l'adhérence était générale, excepté pourtant à la pointe du cœur qui était libre dans une étendue d'un pouce carré. Le cœur avait 4 pouces et demi de largeur à sa base, et 5 pouces de longueur; le tissu en était mollasse, et l'organe était affaissé sur lui-même. Les quatre cavités étaient beau-

coup plus grandes que dans l'état normal, et proportionnelles entr'elles ; les parois du ventricule gauche avaient quatre lignes d'épaisseur, celles du ventricule droit, trois lignes, celles des oreillettes une ligne environ. Cette épaisseur des parois du cœur, un peu moindre que dans l'état normal, paraissait minime en comparaison de la dilatation des cavités. La membrane interne du cœur droit était rouge jusques dans les divisions de l'artère pulmonaire, qui présentait ça et là une exsudation membraniforme marquetée de points blancs. Elle était sensiblement épaissie et s'enlevait en détritus au moindre grattage. Les orifices étaient libres ; il y avait du sang noir, demi-fluide, dans les ventricules et les oreillettes.

OBS. IVᵉ. — Un homme âgé de 28 ans, d'une taille moyenne, n'ayant jamais eu de palpitations ni d'étouffemens, entra à l'hôpital Necker, le 16 septembre 1835. Il avait depuis huit jours une affection gastro-intestinale caractérisée par de la douleur à l'épigastre, de la soif, de la rougeur à la langue, de la diarrhée, de la fièvre, etc. Il fut traité par des sangsues à l'épigastre, des boissons délayantes, et au bout de dix jours les symptômes précités étaient amendés. Toutefois la convalescence ne se dessinait pas franchement, et il y avait de temps en temps des exacerbations fébriles. Tout-à-coup, du 8 au 9 octobre, il lui survint un étouffement avec menace de suffocation. On alla chercher l'élève de garde qui le saigna sans qu'il s'en suivit un grand amendement dans l'état de la respiration, et le lendemain à la visite, on remarqua les symptômes suivans : le malade était sur son séant, la face pâle, altérée et exprimant l'anxiété la plus vive. La respiration était très-accélérée, les battemens du cœur irréguliers, inégaux, tantôt avec, tantôt sans impulsion. Les bruits étaient confus, intermittens, sans mélange de bruits anormaux ; le pouls radial presque nul, les extrémités froides, la peau inondée de sueur. Il existait à la région précordiale

une matité considérable qu'on oublia de limiter exactement. Il n'y avait de la douleur nulle part. On lui appliqua à plusieurs reprises des ventouses scarifiées sur la région du cœur, la dyspnée diminua un peu, le pouls reparut plus développé, toujours irrégulier; mais la face prit de la bouffissure, les membres inférieurs s'infiltrèrent, et l'individu mourut le 22 novembre.

A l'autopsie, le péricarde se présenta avec un volume extraordinaire, tellement qu'on pût croire à l'accumulation d'un liquide épanché dans son intérieur. Mais il ne s'écoula rien à l'incision que l'on fit pour lui donner issue, et l'on vit que l'instrument avait pénétré dans le tissu charnu du cœur, dont l'adhérence au péricarde était intimement opérée par des filamens celluleux, serrés, courts, et peu extensibles. Cet organe était placé normalement; il avait cinq pouces de largeur à sa base, et six pouces et demi de largeur; il était mou, affaissé sur lui-même; ses cavités proportionnelles entr'elles contenaient du sang noir caillé, et avaient plus du double de leur capacité ordinaire. Les parois du ventricule gauche avaient neuf lignes d'épaisseur, celles du ventricule droit cinq lignes, celles des oreillettes trois lignes. La membrane interne était saine, et les orifices libres.

Obs. V.e — Un homme de 24 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, qui n'avait pas été malade depuis plusieurs années (ce qu'on apprit par des renseignemens ultérieurs), entra à l'hôpital Necker le 28 novembre 1835. Il était affecté d'une fièvre typhoïde avec prédominance de délire. Il fut traité par la méthode antiphlogistique, et il se trouva mieux pendant deux ou trois jours; mais la maladie reprit une augmentation rapide, et la mort arriva le 10 décembre.

Outre les lésions particulières de l'affection typhoïde dont je ne parlerai pas ici, on trouva que le péricarde était adhérent au cœur dans toute son étendue, au moyen de

cellulosités d'ancienne formation. Le cœur était sensiblement plus volumineux qu'à l'état normal. Du moins parut-il ainsi à quelques personnes qui en firent la remarque, sans avoir, comme moi, des idées préconçues à ce sujet. Ce volume tenait à l'augmentation proportionnelle d'ampliation des cavités et d'épaisseur de leurs parois, sans prédominance marquée des unes sur les autres. Il y avait de plus, autour de sa base, une production ossiforme que je ne fais qu'indiquer.

On voit que, dans ces quatre faits, l'adhérence du péricarde coïncidait avec l'augmentation plus ou moins marquée du volume du cœur. Mais on a dû voir aussi que certains d'entr'eux présentaient en sus des lésions qui tendraient peut-être à affaiblir la valeur des adhérences, comme cause de cette augmentation du volume. Ainsi, dans l'observation n°. 2, il y avait, avec l'adhérence des feuillets séreux du péricarde, un rétrécissement de l'orifice aortique. Or, l'on doit demander à laquelle de ces deux lésions, l'adhérence ou le rétrécissement, il convient de rapporter l'augmentation de volume de l'organe. Il paraîtra d'abord difficile de répondre positivement à cette question ; mais si l'on réfléchit que la dilatation des cavités et l'hypertrophie des parois étaient générales et proportionnelles entr'elles, que de plus il y avait d'autres circonstances anatomiques dont je parlerai ailleurs, lesquelles ne se présentent guères réunies dans les cas d'altération des orifices, on arrivera à reconnaître l'adhérence du péricarde comme cause, sinon unique, du moins principale de l'ampliation du cœur. Dans l'observation n°. 3, il y avait, avec l'adhérence du péricarde, une inflammation de la membrane interne du ventricule droit; l'on doit se demander encore, quelle était celle de ces deux lésions qui avait causé la dilatation générale du cœur qui l'accompagnait. Cette question est moins sérieuse que la précédente ; car on rencontre si souvent l'inflammation interne du cœur

sans augmentation de son volume (1), qu'il serait peu logique dans le cas présent, de la regarder comme cause d'une lésion avec laquelle elle ne se trouve pas ordinairement réunie.

Quoi qu'il en soit des difficultés précédentes, on ne peut nier que la coïncidence de l'adhérence du péricarde et de l'ampliation du cœur, cinq fois répétée dans les cinq faits que j'ai présentés, ne rende très-probable l'action de l'une pour la production de l'autre. La chose paraîtra, je pense, hors de doute, quand on aura vu le résultat des recherches que j'ai faites à ce sujet dans les auteurs. Je m'en vais, pour abréger, le donner sous forme de tableau.

	Cas d'adhérence complète du péricarde coïncidant avec une augmentation de volume du cœur.	Cas d'adhérence complète du péricarde, ne coïncidant pas avec l'augmentation de volume du cœur.
Bouillaud (2).	6.	0
Andral (3).	2.	2
Gendrin (4).	2.	0
Bertin. (5).	3.	2
Corvisart (6).	4.	1
Tascheron (7).	4.	2
Dundas (8).	8.	0
Lobstein (9).	1.	0
Archives (10).	5.	1
Total.	35.	8

(1) Je suppose que l'inflammation n'a pas encore déformé les orifices.

(2) *Traité des maladies du cœur*. Tom. I.er, pag. 341, 566, 381, 391, 419; tome II, p. 401.

(3) *Clinique médicale*. Tom. I.er, pag. 40, 44, 51, 65.

(4) *Histoire anatomique des inflammations*. Tom. I.er, p. 246.

(5) *Traité des maladies du cœur*. Pag. 247, 254, 258, 261, 264.

(6) *Essai sur les maladies du cœur* (édition de 1811), pag. 34, 39, 42.

En ajoutant au chiffre de la première colonne les cinq faits qui me sont propres, on aura donc 40 cas d'adhérences du péricarde accompagnées d'ampliation du cœur ; et 8 seulement d'adhérences dans lesquelles cette ampliation n'est pas notée ; c'est-à-dire, qu'en supposant de la part des auteurs que je viens de citer, une estimation toujours exacte des diamètres du cœur, quelque peu qu'ils dépassassent les limites ordinaires, leur augmentation a coïncidé avec l'adhérence du péricarde dans les cinq sixièmes des cas. On doit donc conclure de ce résultat, que l'adhérence complète du péricarde exerce une influence sur l'état de volume du cœur ; et cette influence est aussi réelle que celle des rétrécissemens d'orifices ; car on ne nie pas cette dernière, bien qu'il arrive quelquefois de rencontrer des rétrécissemens sans dilatation notable des cavités.

On pourra maintenant s'étonner que tous les auteurs qui m'ont fourni les matériaux du tableau précédent, se taisent sur le rapport de causalité qui existe entre l'adhérence et l'ampliation du cœur. Ainsi, Corvisart, Lobstein se contentent de dire que l'anévrysme du cœur est souvent compliqué de l'adhérence du péricarde. M. le professeur Andral ne compte pour rien les adhérences dans deux cas où elles étaient accompagnées d'hypertrophie du cœur ; il cite ces deux faits pour prouver que cette dernière est souvent produite par l'extension au tissu charnu de l'organe de l'inflammation de ses membranes. M. le professeur

---

(7) *Recherches anatomico pathologiques sur la médecine-pratique.* Tom. III, pag. 240, 243, 246, 251, 258, 263.

(8) *Transactions médico-chirurgicales de Londres*, traduites par Deschamps fils ; tome I.er, pag. 45 et suivantes.

(9) *Anatomie patholog.* Tom. II, pag. 418.

(10) Tom. XVIII, pag. 83, tom. XXX, p. 113, tom. XXI, pag. 268, Tome IV (2.e série), pag. 113, 115, 613.

Bouillaud soutient la même opinion, et pour la preuve il renvoie également aux observations d'adhérence que je lui ai empruntées. Ce silence de tant d'habiles observateurs sur le rapport de cause à effet entre l'adhérence du péricarde et l'augmentation de volume du cœur, me faisait presque douter que ce rapport existât, et ébranlait, en quelque sorte, la certitude que devait me donner le résultat auquel mes recherches m'avaient conduit, lorsque dernièrement j'ai trouvé dans Haller l'adhérence du cœur signalée comme cause de son ampliation. Voici comment s'exprime ce grand physiologiste : «*Exstant alia exempla* (*cordis pericardio connati*) *in quibus hominem sanum fuisse additur, neque ea pauca, mihi tamen hactenus suspecta, quod omnino cordis necessaria libertas ab eo coalitu plurimum patiatur. Cum enim pericardium diaphragmati imprimis coalescat, non poterit cor, cum pericardio connatum, moveri, aut mucronem suum adducere, aut arctari undique, quin diaphragma una adtrahat, elevet sinistramque partem ejus necessarii organi ad dextram antrorsum revellat. Ita certe et spiritum ægrius trahi necesse est, et cum omnino septum transversum suæ tractionæ resistat, non poterit mucro cordis dextrorsum ad basin accedere, qui in sinistrà septi transversi parte retineatur, neque arcum suum, ad anteriora curvum, describere, neque adeò perinde accurate cor arctari. Inde in pluribus exemplis,* per amplum cor fuit cui pericardium connatum esset. *Male enim contractum male evacuatur.* » (1)

Ainsi, Haller pense que lorsque le cœur adhère au péricarde, il doit éprouver la plus grande peine à se contracter, que dès-lors ses cavités sont mal évacuées, et c'est pour cela que dans un grand nombre de cas d'adhérences du péricarde, il a vu le cœur très-volumineux, *peramplum.*

(1) *Physiol.*, tome I.er, p. 289.

Il est presque inutile de faire remarquer que, tout en reconnaissant par là l'influence de l'adhérence du péricarde, Haller n'explique son action qu'à demi; car il se contente de dire que la difficulté qui en résulte pour les contractions du cœur, maintient celui-ci dans un état d'ampliation; or, il n'explique pas la cause première de cette ampliation, et l'on ne voit pas comment une évacuation incomplète des cavités considérées d'abord à l'état normal pourrait arriver successivement à tripler le volume du cœur. Ajoutons encore, pour montrer toute la différence qu'il y a entre son explication et celle que j'ai présentée, c'est qu'elle n'embrasse pas l'hypertrophie dont il n'est nullement question dans le passage précité. Mais il ne faudrait pas conclure de cette remarque de ma part, que je suppose l'hypertrophie affecter toujours les cœurs que l'adhérence du péricarde a rendus volumineux; ce serait me prêter une opinion que les faits désavouent. Nous voyons en effet dans l'observation n°. 3, que les parois du cœur, loin d'être hypertrophiées, étaient au contraire un peu amincies, et que l'augmentation de ses diamètres ne tenait qu'à l'ampliation intérieure des cavités. Corvisart cite un cas à-peu-près analogue (1). La dilatation simple n'est donc pas impossible dans les faits d'augmentation du volume du cœur par suite d'adhérences, seulement elle est peu commune; et remarquons que la même loi de proportion existe pour les dilatations par suite de rétrécissemens d'orifices; leur coïncidence avec l'hypertrophie des parois fait la règle, et leur simplicité fait l'exception.

Nous avons dit que la tendance du cœur et du péricarde à s'opposer à la formation d'un vide résultant de la disparution du liquide épanché entr'eux deux, plus la traction des fausses membranes organisées lors de cette disparution, étaient la cause première de l'ampliation du cœur

(1) Ouvrage cité, page 34.

qui les accompagne. La traction des fausses membranes est double ; elle se fait d'un côté sur le cœur dont le volume augmente en tous sens, et de l'autre sur le sac fibreux du péricarde, qui d'abord, violemment distendu par le liquide épanché, diminue au contraire de volume en revenant sur son centre. De cette manière, les fausses membranes rapprochent le péricarde du cœur en leur faisant exécuter à l'un et à l'autre une partie du chemin nécessaire à ce rapprochement, et plus l'intervalle qui les sépare est rendu considérable par l'abondance de l'épanchement, plus l'espace que devra parcourir chacun de ces deux organes pour que leur jonction s'opère, est lui-même considérable. Il suit de là que le volume du cœur subit une augmentation proportionelle à la distention initiale du péricarde, et si l'on rencontre quelquefois des cas d'adhérence complète, où les diamètres du cœur ne dépassent presque pas les limites ordinaires, on doit raisonnablement en chercher la cause dans la faiblesse de l'épanchement primitif (1).

Nous voilà conduits par l'analogie à parler des épanchemens pleurétiques, et de leur terminaison par le rétrécissement de la cavité thoracique. On va voir que les choses s'y passent à-peu-près comme dans les épanchemens inflammatoires du péricarde. Laennec signale comme circonstances coïncidant avec les rétrécissemens notables qui surviennent après certaines pleurésies, un épanchement antérieur considérable, et une fausse membrane fibro-cartilagineuse qui unit les deux plèvres costale et pulmonaire (2). Or, partant de là, et faisant pour le thorax le raisonnement que nous faisions précédemment pour le péricarde nous dirons : si l'épanchement pleural

(1) On verra un peu plus loin qu'il y en a une autre cause.

(2) *Traité de l'Auscultation* (édition de 1826), tome II, p. 136 et suivantes).

a été abondant, la paroi costale a dû être séparée du poumon par un intervalle considérable, et dès-lors leur rapprochement n'a pu se faire sans qu'il en soit résulté un raccourcissement considérable des diamètres de la paroi. Quant à la cause de ce rétrécissement, elle ne consiste pas uniquement, comme le pense Laennec, dans la pression de l'air qui refoule la paroi sur le vide qui tendrait à se faire dans la cavité pleurale. On doit admettre qu'il tient en partie à la membrane fibro-cartilagineuse dont la présence, d'après le même auteur, coïncide avec les rétrécissemens considérables de la paroi costale ; surtout quand on nous représente cette membrane tendue, adhérente à la paroi, et en dehors d'elle les côtes rapprochées, et les muscles intercostaux plissés. Ce raccourcissement longitudinal de la paroi, ce froncement de ses parties molles ; si analogue aux froncemens de la peau produits par les cicatrices étendues, sont un effet bien évident de l'organisation de la fausse membrane, et il est probable dès-lors que son action s'étend aussi sur le poumon qui vient à la rencontre de la paroi costale, comme le cœur à celle du péricarde. Mais, objectera-t-on, pourquoi, s'il en est ainsi, trouve-t-on le cœur augmenté de volume, tandis que le poumon a perdu une partie du sien ? Cette différence dans le volume tient à la manière toute différente dont ces deux organes se comportent avec l'épanchement. Dans la péricardite, le liquide s'accumule en distendant le sac du péricarde, et ne change rien au volume du cœur qui conserve ses diamètres ordinaires. Dans la pleurésie, au contraire, la paroi costale prête peu et l'accumulation du liquide ne se fait guères qu'aux dépens du poumon qui est plus ou moins refoulé. Supposons maintenant que le rapprochement résultant de l'organisation des fausses membranes et de la disparition du liquide ait lieu : le cœur, qui a conservé son volume ne pourra que l'augmenter en venant se joindre au péricarde, tandis que le poumon

comprimé, atrophié pour ainsi dire, ne reviendra jamais à à son état primitif, arrêté qu'il sera dans son mouvement excentrique par la rencontre de la paroi costale. Mais reprenons.

L'augmentation de volume du cœur, avons-nous encore dit, tient à l'ampliation intérieure des cavités, et à l'hypertrophie de leurs parois, mais bien plus à la première qu'à la seconde de ces deux altérations. La dilatation des cavités se développe d'abord, l'hypertrophie arrive ensuite à-peu-près de la manière suivante. Lorsque le cœur obéit à la traction des fausses membranes, ses parois s'alongent, s'étendent en tous sens, mais en même temps, et cela ne peut se faire autrement : ses cavités s'agrandissent en proportion de l'espace qu'il parcourt pour venir rencontrer le sac du péricarde. L'adhérence de ces deux organes étant une fois établie, il en résulte, comme le fait remarquer Haller, une grande difficulté pour la contraction des cavités qui, étant devenues plus amples, ont une grande quantité de sang à expulser; de plus, elles trouvent dans l'adhérence du péricarde, un obstacle qui leur enlève une grande partie de la force nécessaire pour opérer leurs contractions dont il abrège l'étendue; elles ont besoin d'un renfoncement; c'est alors que leurs parois s'hypertrophient. Cette hypertrophie se fait rapidement, et doit être considérée comme une altération protectrice employée par la nature pour la conservation de l'impulsion nécessaire au centre circulatoire. De cette manière, les contractions du cœur sont plus énergiques, et leur intensité compense la gêne que leur apportaient les adhérences du péricarde. Cependant on va voir que cette gêne ne dure pas toujours, parce que le péricarde n'est pas toujours inextensible. En effet, les tiraillemens exercés continuellement sur lui par les contractions du cœur, finissent peu-à-peu par le distendre ; quoique fibreux, il prête de plus en plus. Le rétrécissement contractile des cavités devient plus complet, et leur

dilatation diminue. L'hypertrophie diminue également à mesure qu'elle devient inutile à cause de l'alongement du péricarde, et le cœur revient ainsi à son état naturel.

Je ne me dissimule pas la nuance hypothétique de ce que je viens de dire sur le retour du cœur à des dimensions normales, et l'on pourrait bien m'adresser l'objection que M. Broussais (1) faisait dans le temps à Laenuec, au sujet des détails minutieux qu'il donnait de l'histoire anatomique des tubercules. Mais je ne répondrai pas, comme Laennec, à cette objection (2); car il y a, ce me semble, trop de différence entre l'étude des transformations de certains insectes, et celle des changemens que subissent les altérations organiques, pour que l'on doive les comparer entr'elles sous le rapport de la certitude des détails qui composent leur histoire. Le naturaliste peut observer à volonté la série des différens états par lesquels passent les individus qu'il étudie; ceux-ci sont toujours soumis à la même loi de développement dont les périodes sont invariables. Quant au pathologiste, il est obligé d'attendre que le hasard lui envoie les altérations organiques dont il recherche l'histoire : elles ont commencé à des époques incertaines, ont pu éprouver une foule de modifications, et sont souvent plus ou moins intimement compliquées d'autres altérations qui les masquent ou les dénaturent. Je suis donc loin *d'affirmer* que dans les cas d'ad-

(1) « *Il* (Laennec) *affirme tout cela avec la plus étonnante intrépidité. Il semble qu'il ait été dans l'intérieur du corps de ses malades au moment où cette matière a paru d'abord sous l'état crû, qu'il l'a vu croître, envahir les tissus*, etc...... » (Examen des Doctrines médicales, 1821, t. II, page 733).

(2) « *M. Broussais croit-il que le naturaliste qui a trouvé sur le même buisson la larve, la nymphe et le papillon dans leurs divers degrés de développement, ait besoin, pour décrire les métamorphoses de cet insecte, de s'enfermer dans l'œuf ou dans la chrysalide*, etc.... » (Laennec, ouvrage cité, préface, page xxiv).

hérence du péricarde, le cœur dilaté et hypertrophié revienne à son état normal. Je regarde seulement la chose comme probable, en me fondant, 1.° sur la possibilité d'une extension graduelle du péricarde, et du résultat qui doit s'en suivre pour le raccourcissement des diamètres du cœur, comme je l'ai déjà dit; 2.° sur les faits qui nous apprennent qu'à mesure que l'on s'éloigne de l'époque de formation des fausses-membranes, le cœur est moins volumineux. Cette gradation dans l'état de volume du cœur, suivant l'époque du début de la péricardite, est surtout frappante dans les observations qui me sont propres. Ainsi dans la première et la quatrième, la durée de l'affection fut courte, le cœur était très-volumineux; il l'était moins dans la deuxième et la troisième, où l'affection avait été plus longue. Enfin dans la cinquième, l'époque de formation des fausses membranes était très-reculée, et le cœur avait à-peu-près ses diamètres ordinaires; aussi l'état normal de son volume et de son tissu m'engage-t-il à ne pas le faire figurer avec les quatre autres, pour l'exposition des caractères anatomiques propres à l'ampliation du cœur qui résulte des adhérences du péricarde, par laquelle je vais terminer.

Ces caractères sont au nombre de trois; ils se tirent, 1.° de l'état général de dilatation et d'hypertrophie du cœur; 2.° de la mollesse de son tissu; 3.° de sa situation.

1.° L'état général de dilatation des cavités existait dans les quatre observations précitées; il s'y joignait une hypertrophie également générale des parois, dans la première, la troisième, la cinquième; la deuxième n'était qu'à l'état de dilatation simple. Cette circonstance anatomique se trouve indirectement indiquée par les auteurs que j'ai cités, qui parlent de cœurs volumineux, sans dire que leur volume tînt spécialement à la dilatation d'une seule cavité, et elle a été positivement observée par Lobstein, qui pourtant ne voyait aucun rapport de causalité entre

l'adhérence et l'ampliation du cœur. Voici ses paroles : « Toutes les fois que j'ai rencontré des adhérences du cœur, c'était dans des cas où les individus étaient morts de maladies étrangères au cœur. J'en excepte toutefois ceux où il existait en même temps *anévrysme de toutes les cavités cardiaques* (1). » Ce passage prouve la vérité du premier caractère que j'attribue à l'ampliation du cœur par adhérence, et de plus confirme ce que je disais précédemment de la disparition de cette ampliation après un laps de temps notable; car l'auteur dit qu'il a en partie observé ces adhérences, *lorsque les individus étaient morts de maladies étrangères au cœur*, c'est-à-dire, long-temps après la péricardite qui les avait produites (2). Ce caractère met une différence entre la dilatation par adhérence, et celle produite par un rétrécissement d'orifice; car, dans celle-ci, il n'y a le plus souvent d'affectée que la cavité placée derrière le rétrécissement.

2.° La mollesse, la flaccidité du cœur, sont notées dans les observations de Dundas, de Tascheron, et dans les miennes. Elles tiennent à deux causes; d'abord à l'extrême dilatation des cavités, mais probablement aussi à la rapidité avec laquelle l'hypertrophie s'est formée. On sait que toutes les fois qu'un solide est récemment organisé, il est abreuvé de sucs nourriciers. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps, lorsque ces liquides se sont entièrement solidifiés en se combinant avec la trame dans laquelle ils ont été déposés, que l'organe acquiert un degré convenable de consistance. La même chose doit dès-lors s'effectuer pour

(1) *Anatomie pathologique*, vol. II, pag. 393.

(2) D'après cela, la circonstance de l'adhérence du cœur sans augmentation de son volume, pourra tenir à deux causes; à la petite quantité de liquide épanché, si on l'observe près du début de la péricardite; à la disparition de l'ampliation du cœur, si on ne l'observe que longtemps après.

l'hypertrophie, qui, dans ces cas d'adhérence du cœur, est, pour ainsi dire, improvisée, tant sa formation est prompte. Ce deuxième caractère est loin d'exister dans les hypertrophies par rétrécissement. Dans celles-ci le cœur ne s'affaisse pas, son tissu est ferme et compact; ce qui dépend de ce que la dilatation est proportionnellement moins considérable que dans les autres, et pour continuer notre explication, de ce que l'hypertrophie s'est faite lentement, car ce n'est souvent qu'après plusieurs années d'existence qu'on a l'occasion de l'examiner.

3.° Bien que le cœur fût volumineux dans les quatre faits précités, il était dans sa situation naturelle, c'est-à-dire, légèrement incliné de haut en bas et de droite à gauche. Cette circonstance ne s'observe guères dans les augmentations considérables de volume du cœur qui ne dépendent pas d'adhérence au péricarde; l'on sait qu'alors le cœur est incliné très-obliquement, couché sur le diaphragme, et cela se conçoit. Dans ces cas-là, le cœur ne peut pas se développer de bas en haut à cause des gros vaisseaux qui, fixés à sa base, empêchent toute locomotion dans ce sens-là. Il ne peut pas non plus se développer directement par en bas, parce que le diaphragme y met obstacle; mais sa pointe, naturellement inclinée à gauche, se porte peu-à-peu dans cette direction à mesure que son développement se fait, et il en résulte à la longue une inclinaison plus ou moins transversale du cœur sur le diaphragme. Dans les cas d'adhérence, il en est autrement. L'organe augmente rapidement; de plus, il est surpris dans sa position naturelle par les fausses-membranes qui l'environnent de toute part. Il reste donc presque perpendiculaire sur le diaphragme, qui est plus ou moins refoulé sur l'abdomen, et qui doit être plus ou moins gêné dans ses mouvemens d'élévation.

Ces trois caractères, qui se rencontrent dans les quatre faits que j'ai présentés, et qui sont en partie confirmés

par les observations des auteurs, font de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur produites par l'adhérence du péricarde, une forme particulière et complètement à part. Comme cette espèce de dilatation et d'hypertrophie, si différente en certains points de celle produite par les rétrécissemens d'orifices, a cependant quelques traits de ressemblance avec elle, je crois ne pouvoir mieux faire que de résumer cette similitude et cette différence.

L'adhérence complète du cœur au péricarde, et le rétrécissement de ses orifices, influent également sur l'état du cœur en augmentant ses diamètres. Cette augmentation de volume tient à la dilatation des cavités et à l'hypertrophie des parois. La dilatation peut exister seule, mais ordinairement elle est jointe à l'hypertrophie qu'elle précède dans son développement. L'ampliation par adhérence est produite par le mouvement des parois qui obéissent surtout à la traction des fausses-membranes ; l'ampliation par rétrécissement tient à l'impulsion excentrique du sang qui franchit difficilement l'orifice rétréci ; de sorte que dans l'une la cause agit de dehors en dedans, dans l'autre elle agit de dedans en dehors. Dans la première, la cause étant générale, la dilatation et l'hypertrophie sont générales ; dans la seconde, la cause étant locale, il n'y a le plus souvent qu'une cavité d'affectée. Dans les cas d'adhérence, le cœur s'affaisse sur lui-même, est mou, parce qne la dilatation est proportionnellement plus considérable que l'hypertrophie, et que celle-ci s'est faite rapidement. Dans les cas de rétrécissement, le cœur ne s'affaisse pas ; son tissu est résistant, parce que la dilatation est proportionnelle à l'hypertrophie, et que celle-ci s'est effectuée lentement. Dans les premiers, le cœur a conservé sa situation presque perpendiculaire au diaphragme ; dans les seconds il est plus ou moins couché sur ce muscle ; enfin, dans l'ampliation par adhérence, la dilatation et l'hypertrophie une fois établies tendent à diminuer, parce que le

péricarde finit par s'alonger. Dans celle par rétrécissement, la dilatation et l'hypertrophie vont toujours en augmentant, parce que le rétrécissement, loin de diminuer, subit le plus souvent un accroissement progressif.

Là finit ce que j'avais à dire de l'ampliation du cœur par adhérence. Je n'ai pas la prétention de croire que son histoire anatomique soit complète : quant à celle de ses symptômes, de son diagnostic, etc., elle est presque toute entière à faire. Je les signale l'une et l'autre à l'attention des observateurs.

Observations sur quelques cas d'accouchemens laborieux; par le docteur Besnier, *médecin à Lamballe.*

Ars medica tota in observationibus, a dit un médecin célèbre. Cette maxime est incontestable pour quiconque se livre à la pratique si difficile de l'art de guérir. Dans une science aussi compliquée on ne saurait donc accumuler trop de faits, puisque c'est aussi le plus sûr moyen d'agrandir son domaine.

De toutes les branches médicales, celle qui a pour objet l'art des accouchemens, est, sans contredit, celle qui a atteint le plus haut degré de perfectionnement. Toutefois ce n'est pas une raison pour que le praticien néglige de tenir compte des observations plus ou moins remarquables qui lui sont propres; car il est très-vrai que beaucoup de faits qui ont, sous certains rapports, plusieurs traits de ressemblance, en diffèrent néanmoins sous quelques autres, et méritent, par cela seul, d'être signalés. Tels sont les motifs qui m'ont engagé à faire connaître les observations suivantes :

I.re Obs. — *Grossesse double; éclampsie; présentation des fesses des deux fœtus; version par les pieds; mort des deux enfans.* — Le 2 novembre 1834, je fus demandé

dans un de nos faubourgs pour prêter secours à la femme Caperon, au milieu des douleurs de l'enfantement. Lorsque j'arrivai auprès d'elle, je la trouvai assistée d'une sage-femme qui, reconnaissant la gravité de la position de la malade, n'avait pas cru devoir prendre sur elle la responsabilité d'un événement qui pouvait être funeste. Je sus d'abord que la femme C., âgée de 32 ans, primipare, avait été deux jours auparavant saignée par un médecin, à cause d'un crachement de sang qui lui était survenu. Cette saignée arrêta les accidens hémorrhagiques, mais la tête s'embarrassa, des symptômes de congestion vers le cerveau se manifestèrent, et le 2 novembre au matin les douleurs de l'enfantement s'étant déclarées, la malade fut bientôt prise de convulsions, d'une véritable éclampsie. Le médecin qui l'avait saignée fut redemandé, et cette fois, en voyant les accidens présentés par la femme C., il se contenta de faire connaître au mari la position de sa femme, et lui conseilla de la faire *administrer*. Dans cet état de choses, un second accoucheur fut demandé, lequel se borna à prescrire de l'eau de fleurs d'oranger, et se retira ensuite. C'est alors que la sage-femme dont j'ai parlé fut appelée, et que par suite mes soins furent réclamés. A peine étais-je arrivé, que je fus témoin d'un véritable accès d'éclampsie. En effet, la malade, qui était plongée dans un coma profond, fut tout-à-coup saisie de convulsions : la face se gonfla, devint violette; la bouche se dévia; les membres furent agités de mouvemens brusques, et la malade ne sortit de cet état que pour retomber dans un état comateux. La sensibilité, l'intelligence et la mémoire restèrent complètement abolies. L'accès terminé, mon parti fut bientôt pris : j'ouvris largement la veine, et je retirai par cette ouverture 20 à 22 onces de sang. La malade ne me parut pas s'apercevoir qu'on la saignait, et après l'opération elle continua de rester dans le même état de torpeur. J'oubliai de dire qu'avant de pratiquer cette saignée, le toucher avait fait

reconnaître une dilatation assez avancée de l'orifice utérin à travers lequel la poche des eaux faisait saillie, et qu'aussi dans ce moment j'avais cru constater que les *membres abdominaux étaient frappés d'une œdématie portée à un très-haut degré.* Quoi qu'il en soit, une demi-heure s'était à peine écoulée depuis l'instant où la saignée venait d'être pratiquée, lorsqu'un nouvel accès d'éclampsie saisit la malade. Dès-lors je n'eus plus à balancer ; la vie de cette femme me paraissant évidemment compromise, je ne voyais plus de salut pour elle que dans une prompte délivrance. En conséquence, après avoir fait placer la malade sur l'extrémité d'une table, à hauteur convenable, dans la position recommandée en pareil cas, je procédai à l'opération. La poche des eaux une fois rompue, il fut constaté que l'enfant présentait les fesses : je fus donc chercher les pieds, et après d'assez grandes difficultés, je parvins à les saisir, à les amener à la vulve, et bientôt après le fœtus fut entièrement dégagé. C'était un enfant fort, du sexe masculin. Il ne donna aucun signe de vie, malgré tout ce qu'on pût faire pour exciter la respiration. Après cette première opération, lorsque je fus pour délivrer la femme, je m'aperçus que le ventre était volumineux : je pratiquai le toucher, et je constatai la présence d'un second enfant dans la matrice. Comme le sang coulait par l'extrémité du cordon appartenant au premier enfant, on le lia. La femme ne sortant pas de son état comateux, je dus m'empresser d'extraire le second enfant. Après avoir rompu la poche des eaux, je reconnus que le fœtus se présentait par les fesses. Ici l'opération fut la même que dans le cas précédent, mais plus prompte et plus facile, ce que l'on conçoit facilement. L'enfant était aussi fort que le premier, et pareillement du sexe masculin ; mais on ne fut pas plus heureux pour le rappeler à la vie. La délivrance n'offrit aucune difficulté. Il n'y avait qu'un placenta pour ces deux jumeaux. Après ces diverses opérations, dont la ma-

lade ne parut avoir aucune connaissance, on la replaça sur son lit. La matrice étant revenue sur elle-même, et l'hémorrhagie n'étant plus à craindre, je recommandai l'application d'un cataplasme émollient sur le bas-ventre, et l'usage d'une boisson adoucissante, lorsque la malade serait remise de son état de stupeur.

Le lendemain matin, lorsque je revis notre malade, je la trouvai avec sa connaissance, ne conservant aucun souvenir de ce qui s'était passé, et ne se doutant pas surtout qu'elle fût accouchée de deux jumeaux. La diète fut sévèrement recommandée; les cataplasmes furent continués: je constatai un petit mouvement fébrile. — Le 5.e jour, la malade, pour avoir pris quelques alimens à mon insçu, présenta tous les symptômes d'une métrite, symptômes qui cédèrent en quelques jours à une application de quinze sangsues sur la région hypogastrique, et à une diète rigoureuse. A dater de ce moment, les suites de l'accouchement de la femme Caperon ne furent plus enrayées par aucun autre accident; seulement la malade conserva encore long-temps une grande faiblesse, et ce ne fut qu'au bout d'un mois qu'elle put commencer à sortir.

Réflexions. — Cette observation fait naître quelques réflexions intéressantes pour la pratique. D'abord nous signalerons cette *œdématie considérable des membres abdominaux* coïncidant avec la présence de deux jumeaux dans la matrice, parce que c'est un des signes donnés par les auteurs pour faire soupçonner une grossesse composée. Quant à l'éclampsie, les maîtres de l'art s'accordent à dire qu'on la rencontre presqu'exclusivement chez les primipares, et surtout chez celles qui sont affectées d'une anasarque considérable des membres inférieurs: or, c'est précisément ce que nous rencontrons ici. Disons enfin que nous avions affaire à une personne pléthorique qui avait négligé de se faire saigner pendant sa grossesse. Du reste, la distension de l'utérus par la présence de deux enfans est

évidemment la cause déterminante des convulsions qui ont compliqué l'accouchement de la femme Caperon, convulsions qui auraient, sans aucun doute, amené sa mort, comme elles ont occasionné indubitablement celle des deux jumeaux qu'elle portait, si l'art n'était pas venu lui prêter une main secourable.

II.e Obs. — *Présentation du bras; impossibilité de la version; évolution spontanée.* — Le 25 janvier 1835, je fus appelé au milieu de la nuit pour aller secourir la femme Poilvé, de la commune de Landehen, laquelle, me dit-on, était prise des douleurs de l'enfantement, et ne pouvait accoucher. Arrivé près de cette femme, que je sus être âgée de 32 ans, et enceinte pour la quatrième fois, j'appris de sa bouche même que les eaux de l'amnios étaient écoulées depuis près de quarante-huit heures. Une matrone, qui se trouvait présente, me dit qu'un des bras de l'enfant était descendu dans le vagin, et paraissait à la vulve. Cette matrone, qui assistait cette femme depuis environ trente-six heures, avait reconnu cette position vicieuse dès le principe, et avait cru, dans sa coupable ignorance, pouvoir y remédier en se bornant à repousser le bras du fœtus vers le détroit supérieur, si toutefois elle connaissait cette partie du bassin, ce qui n'est guère supposable. Après avoir touché la femme P., je reconnus de suite la difficulté du cas qui se présentait. Une main pendait à la vulve, la paume tournée vers l'aine gauche de la mère, le pouce en dessus. Ma première pensée fut tout naturellement que c'était le bras droit qui était sorti, et que j'avais affaire à une seconde position de l'accouchement par l'épaule. Mais après avoir exercé le toucher avec plus de soin, plus d'attention, je fus bientôt tiré de mon erreur. En effet, je pus constater que la tête du fœtus appuyait sur la fosse iliaque droite, la partie supérieure du rachis répondant au pubis, et c'était évidemment le bras gauche qui pendait à la vulve. Seulement, par suite d'une véritable torsion que ce bras avait éprou-

vée en franchissant le col de la matrice, ou bien plutôt à la suite des manœuvres intempestives exercées sur cette partie par l'imprudente matrone, la paume de la main du fœtus s'était tournée vers l'aine gauche de la mère, position que je parvins à changer et à ramener à sa véritable. Quant au bras droit, il était situé vers la fosse iliaque droite, et répondait à la paroi postérieure de la matrice. L'état des choses étant bien constaté, ma première idée et mon unique soin furent de tenter la version, si elle était possible. En conséquence, après avoir passé un lac au poignet gauche de l'enfant, j'introduisis la main gauche dans la matrice, essayant de refouler vers la cavité gauche l'épaule droite, ainsi que la tête du fœtus : mais tous les efforts que je pus faire en ce moment furent infructueux. La matrice s'était contractée spasmodiquement sur le fœtus qu'elle embrassait étroitement, et ma main se trouvait serrée avec tant de force par cet organe, dont les contractions redoublaient en ce moment, que je fus bientôt forcé de la retirer, ayant perdu toute espèce de mouvement. Après avoir répété plusieurs fois ces tentatives, et toujours infructueusement, je pratiquai une saignée du bras dans le but de diminuer le spasme utérin; mais lorsqu'ensuite je recommençai les mêmes manœuvres, je rencontrai les mêmes difficultés. Une seconde saignée fut pratiquée, des bains de siége furent conjointement employés, et malgré tous ces moyens on ne put triompher de la contractilité spasmodique de l'utérus. Désespérant alors de pouvoir délivrer cette femme par la version du fœtus, et étant bien convaincu d'ailleurs que l'enfant était mort, puisque le cordon tombé dans le vagin était sans battemens, froid et livide, je me décidai pour un parti extrême. Il ne s'agissait plus en effet que de sauver la mère, puisqu'il restait prouvé que le fœtus était mort. Après tant d'essais infructueux dans le but de pelotonner l'enfant, et en réfléchissant surtout au long espace de temps qui s'était écoulé depuis qu'il

avait contracté cette position vicieuse dans la matrice, je songeai tout naturellement à recourir à la mutilation, moyen qui, quoique répugnant, offre cependant moins de gravité pour la mère que l'hystérotomie. Je commençai donc par arracher le bras qui pendait à la vulve : c'était bien le bras gauche. Cela fait, je parvins à attirer au dehors le bras droit, et l'arrachai pareillement. Restait à vaincre le point le plus difficultueux. Les deux bras une fois enlevés, je crus d'abord qu'il serait plus facile de retourner le fœtus; mais tous mes efforts pour obtenir ce résultat furent inutiles. Cependant épuisé moi-même de fatigues, je me vis forcé d'abandonner ces manœuvres, et de prendre un peu de repos. On replaça de nouveau la femme sur son lit, et je l'engageai à se livrer au sommeil si le besoin s'en faisait sentir.

Trois heures plus tard, vers les sept heures du matin, le 26 janvier, je remis la main à l'œuvre. La version ayant encore été tentée une dernière fois sans plus de succès, je me décidai à recourir à la décollation. A cet effet, j'introduisis le crochet aigu du forceps derrière le cou du fœtus, et à l'aide de tractions soutenues je parvins à briser la colonne cervicale. La tête restait dans la fosse iliaque droite; le tronc, au contraire, se présentait à l'orifice de la matrice : c'était donc l'extraction de ce dernier qu'il fallait essayer, chose qui n'était pas facile, surtout relativement à l'application du crochet. Cependant je parvins avec les doigts à rompre les clavicules ainsi que les premières côtes, et ces manœuvres irritant la matrice, cet organe se contracta avec une nouvelle énergie. Bientôt je m'aperçus que l'extrémité supérieure du tronc descendait dans l'excavation : j'engageai la femme à pousser avec force; je facilitai les voies autant qu'il me fut possible, et à la suite d'une forte douleur j'eus enfin la satisfaction de voir le tronc et les pieds expulsés au-dehors. Quant à la tête, voici ce qui arriva. J'étais bien effectivement parvenu à rompre

la colonne cervicale, mais la tête n'en était pas moins restée attachée au tronc par le moyen de la peau et des muscles et de la partie postérieure du cou. Aussitôt les pieds sortis, je n'eus donc qu'à tirer sur le tronc pour voir la tête se présenter à la vulve : son extraction n'offrit aucune difficulté (1). Le fœtus offrait une infiltration générale, ce qui contribuait à lui donner un volume considérable. Enfin, attendu que la femme se trouvait épuisée par de si longues douleurs, je crus devoir procéder presqu'immédiatement à la délivrance ; je fus donc chercher au fond de la matrice le placenta que j'ameuai facilement au-dehors. L'utérus se contracta aussitôt après, et la perte que je redoutais n'eut pas lieu. Quant aux suites de ce pénible accouchement, elles n'offrirent non plus aucun accident bien grave, et trois semaines suffirent au rétablissement complet de la femme Poilvé qui, dans cette grave circonstance, eut plus de bonheur que sa mère, laquelle, me dit-on, avait succombé quelques années auparavant, au milieu des douleurs d'un enfantement laborieux.

Réflexions.— L'accouchement dont il vient d'être question n'était-il pas un de ces cas hérissés de difficultés que l'on rencontre de temps à autre dans la pratique ? Si l'on songe à la position vicieuse qu'avait contractée le fœtus depuis près de quarante-huit heures que les eaux s'étaient écoulées ; si l'on tient compte de tous les efforts pénibles que j'employai inutilement dans le but de pelotonner l'enfant, on sera disposé à penser avec moi que la version était devenue tout-à-fait impossible, et qu'il n'était de salut pour la mère que dans l'extraction du fœtus, extraction qui n'était elle-même praticable qu'en recourant à l'opération césarienne ou bien au démembrement de l'enfant. M. Capuron, mon illustre maître, dit, il est vrai, dans son *Cours*

(1) Cet accouchement s'est terminé par l'évolution du fœtus. (Voir les *Archives de Médecine*, 2.e série, tome II, p. 486).

théorique et pratique, à l'article qui concerne les accouchemens où la main de l'enfant se présente la première, « qu'on doit toujours recourir au pelotonnement, et ne jamais suivre les conseils d'Ambroise Paré et de Guillemeau, qui conseillaient de tordre et d'arracher ce membre. » Nous sommes parfaitement d'accord avec le savant professeur dès qu'il s'agit d'un enfant vivant ou présumé l'être. Mais dans une circonstance comme celle-ci, quand le cordon sorti hors la vulve est froid, livide, ramolli, qu'en un mot il ne reste aucun doute sur la mort de l'enfant; quand, d'un autre côté, la matrice depuis long-temps contractée sur le fœtus l'embrasse étroitement et ne laisse aucun espoir de pouvoir opérer la version; quand déjà on a essayé les saignées, les bains, sans succès; quand enfin la femme est épuisée de fatigues, que l'on a tout à craindre pour ses jours, ne serait-on pas coupable de rester plus long-temps dans une expectation dont les résultats peuvent être funestes? Oui, sans doute, et en pareil cas on ne doit pas hésiter, ce me semble, à recourir à la mutilation du fœtus pour l'extraire de la matrice. D'ailleurs, M. Capuron semble approuver indirectement la mutilation du fœtus, puisqu'il reconnaît des circonstances où la version est impossible. Ainsi il dit, à l'article qui concerne l'emploi du crochet (*opus cit.*, p. 584), « que parmi les conditions qui permettent l'usage de cet instrument, on doit reconnaître le *cas où la main ne peut retourner et entraîner l'enfant par les pieds*, soit parce que la matrice s'est fortement contractée depuis l'écoulement des eaux, soit parce que ce viscère, déjà tendu et douloureux, est près de s'enflammer. » Ainsi, d'après l'avis d'un des plus célèbres accoucheurs de l'époque, je crois, dans cette circonstance épineuse, avoir agi consciencieusement et selon les préceptes de l'art. Du reste, les praticiens les plus distingués paraissent d'accord sur ce point. Voici ce qu'on trouve à ce sujet dans l'excellent *Manuel d'Obsté-*

trique de M. Ant. Dugès, p. 258 : « Dans le cas où le fœtus est mort, le bras sorti, le thorax enfoncé dans le bassin, et l'utérus tellement contracté que la version est impossible, Asdrubali a conseillé après Celse, Vanhorne et Smellie, de faire la section du cou, avec de forts ciseaux, de tirer sur le bras sorti pour extraire le tronc, et d'amener ensuite avec le forceps la tête restée seule dans la matrice, si la nature ne la pousse pas au-dehors. » Le moyen que j'employai dans ce cas-ci, bien que différent de celui conseillé par les autres accoucheurs, n'en fut pas moins couronné d'un plein succès. C'est aussi ce qui m'a engagé à publier cette observation.

Obs. III.e — *Présentation de l'épaule ; impossibilité de la version par les pieds ; succès de la version céphalique.* — Le 16 janvier de cette année, je suis appelé dans la commune de Plédeliac, pour secourir la femme Lecointe en mal d'enfant. Cette femme, âgée de 44 ans, maigre, chétive, est enceinte pour la dixième fois. Tous ses accouchemens précédens se sont terminés naturellement et sans qu'on ait eu besoin des secours de l'art. J'apprends de la matrone qui assistait cette femme, que les eaux avaient commencé à s'écouler lentement depuis dix jours environ ; seulement les douleurs bien prononcées pour accoucher ne dataient que de quarante-huit heures. La malade était faible, d'une grande pâleur ; en un mot, l'épuisement des forces était porté à un haut degré. Ayant pratiqué le toucher avec toute l'attention possible, je trouvai l'orifice utérin largement ouvert, et je constatai une position de l'épaule gauche. Cette position une fois reconnue, je dus songer à opérer la version. Lorsque j'eus entrepris cette opération, les difficultés que j'avais rencontrées dans le cas précédent se présentèrent : le spasme de la matrice était porté à un très-haut degré. Mais quels moyens emploiera-t-on pour le faire cesser ? Le plus puissant de tous, sans contredit, la saignée du bras, ne

saurait être mise en usage, attendu que notre malade est dans un grand état de faiblesse.

Quoi qu'il en soit, après cette tentative infructueuse, je fis replacer la femme L. sur son lit, et lui accordai un peu de bouillon pour soutenir ses forces défaillantes. Deux heures plus tard, pendant que j'essaie de nouveau d'opérer le pelotounement du fœtus, son bras gauche descend dans le vagin. Mes efforts dans ce moment n'aboutissant à rien, et désespérant tout-à-fait de pouvoir parvenir à retourner l'enfant qui donne des signes de vie, car je l'ai manifestement senti bouger, je dus songer à la *version céphalique*, moyen conseillé par M. le professeur Velpeau, et dont je me rappelai une observation assez récente, laquelle est due au docteur Besson, et se trouve consignée dans le numéro de septembre dernier des *Archives*. En conséquence je reportai le bras du fœtus dans l'utérus, et je m'efforçai ensuite de donner à la tête une position convenable. Cela fait, je réveillai les douleurs, qui étaient nulles en ce moment, à l'aide de trois doses de seigle ergoté, de 18 grains chaque, et à un intervalle d'une demi-heure environ. Sous l'influence de ce médicament spécifique, bientôt les douleurs reparurent, et j'eus la satisfaction de voir la tête franchir peu-à-peu le col utérin, et descendre enfin dans l'excavation. Seulement, vu l'extrême épuisement de la femme L., les douleurs ne reprirent pas toute l'énergie qu'on eût souhaitée, et ce ne fut que sept heures après avoir opéré la version céphalique que l'accouchement se termina heureusement. L'enfant était du sexe masculin : il survécut une demi-heure après sa naissance. La délivrance ne présenta rien d'insolite, et quant aux suites de l'accouchement elles ne furent enrayées par aucun accident grave : il n'a fallu qu'un peu de temps à la femme L. pour se remettre de sa grande faiblesse.

Je n'ai point de réflexions à faire sur les avantages que doit offrir, dans certains cas, la version céphalique, plutôt

que de recourir à la version par les pieds. Je me contenterai de renvoyer le lecteur à celles qui accompagnent l'observation précitée du docteur Besson, réflexions pleines de justesse et qui décèlent un praticien expérimenté : je dirai seulement que si, dans le cas présent, l'enfant n'a survécu que peu de temps après l'accouchement, c'est sans doute moins aux efforts employés pour opérer la version céphalique (puisqu'il est vrai de dire que ces efforts ont été très-peu pénibles), qu'aux contractions prolongées de l'utérus privé des eaux de l'amnios, qu'on doit attribuer la mort de l'enfant. D'ailleurs, il est encore à regretter, ainsi que dans la précédente observation, qu'on ait réclamé beaucoup trop tard les secours de l'art. Mais malheureusement l'incurie des habitans de nos campagnes est telle, que généralement ils ne s'adressent aux médecins que dans les cas qui paraissent absolument désespérés. Delà vient que l'on a fort souvent à déplorer des accidens qu'un peu plus de sollicitude de leur part leur eût presque toujours épargnés. Disons enfin que l'ignorance des matrones qui se mêlent d'assister les femmes en couches est encore en partie la cause des malheurs qui frappent les victimes imprudemment confiées à leurs soins. Le fait suivant, par où je terminerai ce travail, en est une bien triste preuve.

Obs. IV.e — *Délivrance tardive ; putrescence du placenta ; hémorrhagie ; mort.* — Le 14 février 1835, je fus appelé, vers les 5 heures du soir, près d'une femme de la commune d'Andel, qui, me dit-on, était fort mal par suite d'une perte survenue après un accouchement. Arrivé près du lit de cette malade, je suis tout d'abord frappé d'une odeur fétide extrêmement prononcée. D'ailleurs la malade est abattue, pâle, exsangue. Sa physionomie exprime une vive anxiété. Le pouls est petit, très-fréquent, se laisse facilement déprimer. Dès ce moment, je soupçonnai la cause de l'hémorrhagie, ainsi que de l'odeur putride dont l'appartement était pénétré. J'applique une main sur l'hypogastre, et je trouve un

corps dur, volumineux, qui n'est autre que la matrice. Je dois noter que soixante heures au moins s'étaient écoulées depuis que cette femme était accouchée, et qu'à dater de ce moment le sang n'avait cessé de couler abondamment. Cet examen fait, il ne me reste en quelque sorte plus de doute sur la cause de l'hémorrhagie. Le placenta, me dis-je en moi-même, est resté totalement, ou en partie, dans la matrice; la femme n'a pas été délivrée. Dans la conjoncture présente, malgré l'extrême faiblesse de la malade, qui d'ailleurs paraissait vouée à une mort certaine si l'on ne parvenait à suspendre l'hémorrhagie, je me décidai à introduire la main dans le vagin, afin d'explorer les parties. Effectivement je trouvai le col entr'ouvert, et je sentis distinctement une portion fœtale du placenta qui s'y était logée. Que faire? Devra-t-on se borner à soutenir les forces de la malade par des cordiaux et des analeptiques, ou ne conviendrait-il pas mieux d'essayer de suite l'extraction de l'arrière-faix? Ce dernier parti me parut le plus rationnel. En conséquence, j'introduisis l'index et le médius de la main droite, entre la portion saillante du placenta et le col utérin; peu-à-peu je sentis la dilatation de l'orifice augmenter, et environ au bout de dix minutes je réussis à aggrandir assez le col pour pouvoir introduire ma main dans la matrice, d'où je parvins à extraire le placenta déjà putréfié. Il y était resté en totalité. Après cette tentative heureuse que la femme avait supportée avec courage, je me livrais déjà à l'espoir de la sauver. Mais les forces étaient par trop épuisées, et à peine fus-je descendu du lit où reposait cette malheureuse, que j'eus la douleur de la voir expirer.

Réflexions. — Il me paraît à-peu-près certain que, dans cette triste circonstance, on eût pu sauver cette malheureuse mère de famille, si on avait été appelé seulement vingt-quatre heures plus tôt, alors qu'il restait encore assez de sang pour alimenter la vie. Après ce fait, qu'on juge

combien sont coupables ces ignorantes matrones qui se mêlent d'assister les femmes dans nos campagnes! Voilà pourtant de ces cas qui ne sont pas extrêmement rares dans notre pays. Je sus, par les parens, que la matrone qui avait assisté la malheureuse dont il est question, leur avait assuré qu'elle avait opéré la délivrance, bien que pour y parvenir elle eût *éprouvé de grandes difficultés.* Ainsi donc, dans ce cas-ci, il y a eu plus que de l'ignorance, il y a eu de la mauvaise foi. Mais cette coupable matrone, de peur d'encourir un blâme sur sa conduite, aura cru cacher sa faute et son ignorauce, en donnant le conseil aux parens de cette malheureuse victime de ne pas réclamer les secours d'un homme de l'art. Des faits de cette nature sont plus que déplorables; ils demanderaient une surveillance sérieuse de la part de l'autorité supérieure.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Memoire sur une affection particulière des nerfs dentaires; par ROBERT J. GRAVES (1).

La maladie que je vais décrire, bien que très-remarquable, n'a été signalée par aucun des auteurs qui ont écrit sur la pratique de la médecine. Quelques remarques sur les fonctions des nerfs dentaires doivent trouver place ici, et serviront à faire mieux comprendre en quoi consiste la maladie sur laquelle je veux attirer l'attention.

Les dents sont fixées d'une manière immobile dans les mâchoires, et, par conséquent, elles n'ont point besoin de recevoir des nerfs du mouvement. D'un autre côté, elles reçoivent un grand nombre de filets naissant de la cin-

(1) *The Dublin Journal*, N.° 25.

quième paire, qui est un nerf du sentiment; leur appareil nerveux est développé et répandu dans leur substance, de manière à faire voir que la nature a disposé cette partie du système nerveux avec plus de soin qu'aucune partie des nerfs destinés à la fonction du toucher. Sous ce rapport, l'appareil nerveux dentaire approche, jusqu'à un certain point, de la perfection des appareils nerveux des organes des sens. Certainement, aucune partie de l'économie animale ne semble plus admirable que celle où un nerf mou et pulpeux se trouve associé, pour l'accomplissement d'une fonction, avec une substance osseuse et solide; car les dents, bien qu'encroûtées d'une couche d'émail aussi dure que l'acier, sont des organes très-délicats du toucher. Les corps les plus petits, quand ils sont durs, sont distinctement sentis, quand ils sont placés entre les bords des dents; et même, la présence des corps moins résistans, comme un morceau de papier ou une feuille de rose, peut être appréciée.

On n'a pas assez fait attention au tact délicat dont jouissent les dents; on ne s'est pas suffisamment arrêté sur l'usage de cette faculté à qui sont dues la facilité et la précision avec lesquelles les dents, considérées comme instrumens, remplissent la fonction qui leur est dévolue et qui consiste à diviser, à déchirer et à broyer les alimens. C'est la sensibilité spéciale départie à leurs bords qui nous donne, à l'instant même, la conscience de la position du bol alimentaire, et de plusieurs de ses qualités physiques, telles que sa dureté, sa consistance, sa forme, son volume, etc. En conséquence de l'espèce d'examen que les dents exercent sur le bol alimentaire, celui-ci est soumis à l'action des dents à l'instant même, ou bien il est transporté dans une autre partie de la bouche afin que les dents d'une autre forme puissent agir sur lui. Sans ce tact exquis, les deux rangées de dents ne pourraient pas agir de concert; les incisives et les molaires de la mâchoire inférieure ne

pourraient pas adapter leur bord tranchant ou leur surface de broiement aux mêmes parties des dents de la mâchoire supérieure; les muscles de la mâchoire inférieure ne seraient pas convenablement instruits des mouvemens qu'ils ont à exécuter.

Dans le fait, les dents ne sont point seulement des instrumens coupans; elles semblent douées d'une sorte d'intelligence. Il est vrai qu'elles sont aidées par la langue et la surface interne des joues, dans la fonction qui consiste à apprécier le volume, la position, la dureté et les autres qualités physiques du bol alimentaire. Mais elles remplissent, en outre, une fonction spéciale, celle d'apprécier la texture intime des substances qui sont soumises à leur action immédiate, et de nous avertir, à l'instant même, quand le bol alimentaire renferme quelque principe qui soit nuisible à leur propre substance. Sans cette faculté tactile, nos dents seraient bien vite usées ou brisées par des corps très-petits mais très-durs, tels que les grains de sable qu'il est impossible, malgré les plus grands soins, d'écarter d'une manière complète de nos alimens, mais que les dents découvrent au moment même où ils viennent en contact avec leurs bords, et sur lesquels elles refusent d'agir. Sous ce point de vue, les dents peuvent être considérées comme des espèces de doigts fixés dans la bouche, qui sont destinés à sentir, à explorer et à ajuster le bol alimentaire, avant de le placer dans la position la plus convenable pour la mastication.

Il est extraordinaire qu'aucun cas de paralysie des nerfs dentaires n'ait jamais encore été observé. Je me suis occupé de ce sujet depuis plusieurs années; j'ai eu soin de demander à tous mes malades atteints de paralysie, si la sensibilité de leurs dents était diminuée: dans aucun cas, je n'ai pu rien découvrir qui approchât d'une défectuosité dans la sensibilité de ces organes. Il est difficile de se rendre compte de cette immunité, que je crois sans exemple;

car je ne pense pas qu'il y ait un autre nerf, soit du sentiment, soit du mouvement, qui ne soit pas quelquefois compris dans les progrès des affections paralytiques. Bien plus, j'ai été obligé parfois de prescrire l'avulsion d'une ou plusieurs dents chez des personnes hémiplégiques qui éprouvaient des douleurs dentaires du côté paralysé. Cette immunité, qui a été observée non-seulement par moi, mais encore et très-souvent par mon ami, le docteur M'Clean, est surtout étonnante pour celui qui réfléchit combien il est fréquent d'observer dans ces nerfs un état inverse, c'est-à-dire, une exaltation morbide de la sensibilité.

Quelques physiologistes ont paru disposés à croire que la température des corps est jugée par d'autres nerfs que ceux qui président au toucher. Mais, lors même qu'on manquerait de tout autre argument pour réfuter cette hypothèse, on en trouverait un suffisant dans les phénomènes physiologiques des dents. En effet, les dents ne possédant qu'un seul ordre de nerfs, il est bien évident que, chez elles, l'appréciation de la température et le toucher sont départis à un seul et même nerf.

L'affection morbide sur laquelle je désire maintenant attirer l'attention des praticiens, consiste dans un désir invincible de grincer les dents. Ce désir débute par une sensation désagréable, pénible, qui a son siége dans les dents elles-mêmes, et qui est soulagée momentanément lorsque le malade appuie les dents les unes contre les autres, mais qui se réproduit immédiatement quand cette pression est cessée. Quand la maladie est confirmée, le désir de grincement est continu pendant tout le jour. Pendant le sommeil, les malades ne grincent plus les dents ; le grincement est toujours le résultat d'un mouvement volontaire.

Cette maladie a existé chez quatre personnes à ma connaissance, et, chose digne de remarque, elles étaient

toutes les quatre d'une constitution goutteuse très-prononcée.

La première personne chez qui j'ai observé cette singulière affection, est la comtesse d'Egmont. La maladie était arrivée chez elle à un tel point, qu'elle était obligée de céder continuellement au besoin de grincer les dents; dès qu'elle cessait, la sensation pénible des dents devenait insupportable; aussi fut-elle obligée de renoncer à toute société, plusieurs années avant sa mort. Chez elle, le grincement était excessivement énergique, et, à raison du long temps pendant lequel il avait duré, les dents étaient usées presque jusqu'à l'alvéole. Je consultai, relativement à sa maladie, plusieurs des médecins les plus savans de Londres, et, en particulier, Abernethy; mais aucun ne put m'indiquer rien pour son soulagement. La malade était si convaincue qu'il existait quelque cause d'irritation dans les dents elles-mêmes, qu'elle s'en fit arracher un certain nombre, dans l'espoir d'obtenir du soulagement; mais ces dents furent trouvées parfaitement saines.

J'ai été consulté dernièrement par le révérend M. B., qui est également goutteux, et se trouve forcément éloigné du monde pour une affection semblable. Chez lui, les dents molaires sont devenues parfaitement plates et polies; les dents incisives et canines sont singulièrement déformées. Les dents incisives étant continuellement *aiguisées* les unes sur les autres, sont devenues tellement tranchantes, que, si par inadvertance le malade place sa langue sur elles, elles y font une plaie, comme ferait le couteau le mieux affilé. Chez ce malade, les dents ont perdu tout l'émail de leurs couronnes, de sorte que leur surface présente une section du tissu osseux propre de la dent. Il est digne de remarque que dans ce cas, comme dans les autres, la cavité interne ou nerveuse de la dent n'est jamais mise à nu, mais paraît se remplir de matière osseuse à mesure que le grincement détruit la couronne. C'est précisément

ce qui s'observe chez les vieillards qui, comme les marins, sont habitués à broyer depuis plusieurs années du biscuit de mer. La même disposition anatomique a été observée sur les dents trouvées dans des têtes que l'on croit avoir appartenu à des Romains, et l'on en a conclu que ces individus faisaient usage d'alimens très-durs.

Le troisième fait de ce genre m'a été offert par un jeune ecclésiastique du midi de l'Irlande, également d'une constitution goutteuse; il était affecté de *tic douloureux* de plusieurs rameaux nerveux de la cinquième paire, et notamment des nerfs dentaires du côté gauche. Chez ce malade, les dents n'étaient usées que du côté gauche, et l'affection cessa après avoir duré pendant deux ans.

Je dois à mon ami le docteur Battersby, les détails de la quatrième observation qui suit :

« Henry W., habitant du comté de Meath, âgé de 60 ans, éprouve depuis trente ans des attaques de goutte qui sont devenues tellement longues et intenses, qu'elles le retiennent au lit pendant cinq mois, au moins, chaque année. Il y a trois ans, on remarqua qu'il s'habituait peu-à-peu à grincer les dents; maintenant il les grince continuellement quand il est réveillé, et avec tant de bruit, qu'on l'entend de la pièce voisine. Je crois qu'il n'a la conscience de ce grincement que lorsqu'on lui en parle. Ses dents sont complètement détruites. Il y a deux ans, il eut ce qu'il appelait *une attaque de goutte sur les dents*, et voulait qu'on les lui arrachât toutes. »

Bien que je n'aie pu encore découvrir aucun moyen de calmer les souffrances que cause cette maladie qui, jusqu'à présent, n'avait point été décrite, je n'ai point hésité à publier cette courte notice, afin d'attirer l'attention des praticiens sur ce sujet, et dans l'espoir que quelque autre médecin pourra faire connaître un moyen thérapeutique efficace.

***Mémoire sur l'emphysème vésiculaire du poumon, et sur la paralysie des muscles intercostaux et du diaphragme; par* WILLIAM STOKES (Fin). (1)**

Traitement de la dilatation des cellules pulmonaires. — Lorsqu'une fois cette maladie s'est développée, peut-on espérer que les cellules dilatées puissent jamais reprendre leur condition normale ?

Remarquons que, chez quelques malades, l'affection ou ses causes existent depuis l'enfance, tandis que chez d'autres, la maladie est produite par une bronchite, à un âge avancé et après plusieurs années d'une bonne santé. Chez les premiers, tout ce qu'on peut faire c'est d'adoucir les symptômes. Mais lorsque la maladie est récente, on ne peut renoncer à tout espoir de succès sans méconnaître l'analogie qui existe entre cette affection et certaines autres qui ne sont pas au-dessus de toute thérapeutique. On peut considérer la condition pathologique des cellules pulmonaires comme analogue à celle des autres organes creux dans l'état de dilatation chronique, ainsi qu'on le voit pour l'estomac, le colon, la vessie et le cœur. Dans ces cas, nous observons communément les deux circonstances suivantes : 1°. la cause de la dilatation est quelque obstacle mécanique à la sortie de leur contenu habituel; 2°. si cet obstacle persiste pendant long-temps, ce qui était une simple dilatation de l'organe, devient une combinaison de dilatation avec altération organique des parois, altération qui, dans la plupart des cas, consiste dans une augmentation d'épaisseur et de force. De là, l'hypertrophie des membranes de l'estomac dans les affections du pylore, celle de la vessie dans les maladies de l'urètre ou de la prostate, celle du colon dans le rétrécissement du rectum, et celle des cavités droites du cœur dans les affections pulmonaires. Ce

(1) *The Dublin Journal*, N.° 25. (Ext. par G. RICHELOT). *Voyez* le Cahier précédent.

passage de la dilatation simple à l'état de dilatation avec épaississement, paraît être une condition très-défavorable au traitement, et l'on peut avancer que les chances pour que cette condition existe, sont en raison directe du temps pendant lequel on a laissé exister la maladie. Car nous savons que si, à une époque peu avancée de la maladie, on enlève l'obstacle, la cavité revient souvent à ses dimensions naturelles.

Faisant l'application de ces faits à la dilatation des cellules pulmonaires, il ne semble pas impossible que la destruction de l'obstacle, à une époque peu avancée de la maladie, soit suivie de la guérison. Car, si nous cherchons quelles sont les causes de cette affection, nous trouvons que ce sont principalement des obstacles à la libre sortie du contenu des cellules; les mucosités visqueuses et la turgescence des tubes bronchiques étant aux cellules aériennes, ce que l'obstruction du poumon est au cœur; ou l'imperméabilité de l'urètre à la vessie, et la distension étant parfaitement analogue dans ces divers cas.

On peut donc admettre que, lorsqu'il n'y a point encore altération de texture, il n'est pas impossible d'obtenir la guérison ou un amendement marqué de la maladie. Mais un pareil résultat a-t-il été jamais obtenu? Laennec ne traite cette question qu'avec beaucoup de réserve, et les pathologistes s'en sont peu occupés. Pour ma part, je ne possède que peu de faits sur ce sujet, mais je les crois propres à éclairer la question.

Chez le malade dont j'ai cité l'observation comme intéressante sous le rapport du diagnostic du déplacement du médiastin, après lui avoir fait suivre un traitement destiné à diminuer l'irritation des bronches et la toux, j'ai remarqué, coïncidemment avec un amendement très-prononcé dans les symptômes, les changemens suivans dans les signes physiques: 1°. la sonoréité morbide du côté affecté, quoique non-entièrement détruite, était moins forte, et se ter-

minait à la ligne médiane, au lieu de s'étendre, comme auparavant, au-delà du bord opposé du sternum ; 2°. les râles devinrent plus humides et plus larges, et la respiration vésiculaire devint évidemment plus marquée. 3°. Les signes stéthoscopiques, comme ceux fournis par la percussion, cessèrent d'être perçus au-delà de la ligne médiane, et furent remplacés dans cet endroit par le murmure normal du poumon sain. Ces changemens dans les signes physiques, si caractéristiques d'une diminution de l'obstruction et du volume du poumon malade, s'accompagnèrent d'une amélioration générale extrêmement marquée. La toux, la dyspnée et l'accélération de la respiration furent diminuées d'une manière étonnante. Le traitement se composa des moyens suivans : saignées locales ; révulsifs ; administration de l'émétique pendant plusieurs jours ; puis, médicamens sédatifs et adoucissans.

Dans ce cas, on ne peut douter que le volume du poumon malade n'ait été diminué par le traitement. Si l'on rapproche ce résultat de ceux qui ont été obtenus par le docteur Osborne, et des remarques de Laennec relatives au traitement du catarrhe sec, on doit avoir des raisons évidentes pour croire à la possibilité d'une diminution dans la maladie, et, par conséquent, pour ne pas la considérer comme complètement incurable.

Dans un autre cas, j'ai vu le cœur, qui était assez déplacé pour battre au niveau du cartilage de la dixième côte, remonter dans le thorax et correspondre au huitième espace intercostal, après plusieurs jours de traitement.

Ici se présentent quelques importantes questions. La simple diminution et même la destruction complète de l'obstruction, suffit-elle pour que le poumon soit rendu à ses conditions normales, ou bien n'y a-t-il pas quelque autre condition morbide qui doive être combattue ? Y a-t-il paralysie ou atonie des fibres circulaires des petits tubes bronchiques, ou bien, comme l'a avancé M. Magendie,

est-ce l'élasticité naturelle du poumon qui est détruite ou altérée ? Il paraît assez probable que ces deux espèces d'altérations existent en même temps; que le tissu musculaire est paralysé, comme on le voit pour la vessie ou le tube intestinal, et que les fibres longitudinales perdent de leur élasticité par suite de la persistance de l'irritation chronique, ainsi qu'on voit la membrane élastique des artères perdre cette propriété, quand ces vaisseaux sont atteints de maladies chroniques.

Il est évident que des recherches ultérieures sont nécessaires pour éclairer ces questions. Je me bornerai à faire remarquer ici, qu'après l'emploi d'un traitement propre à dissiper la congestion, l'inflammation, ou enfin l'obstruction des petits tubes bronchiques; après avoir mis en usage les moyens conseillés par Laennec contre le catarrhe sec; et enfin, après avoir eu recours à tous les moyens capables de diminuer la toux, soit sous le rapport de l'intensité, soit sous le rapport de la fréquence, on pourrait ensuite adopter un traitement capable de stimuler les tissus contractiles du poumon. Jusqu'à présent, nous ne connaissons aucun moyen qui puisse rendre leur élasticité aux fibres longitudinales du poumon ou à la tunique moyenne des artères; mais nous connaissons des substances qui ont la propriété de stimuler la fibre musculaire et de lui rendre sa contractilité vitale, au moins pour les tissus qui sont sous l'influence directe du centre cérébro-spinal. La strychnine pourrait offrir des avantages sous ce rapport. C'est une chose digne d'être essayée. En effet, si, comme il y a tout lieu de le croire, le rameau pulmonaire de la huitième paire est un nerf du mouvement pour le poumon, nous pouvons espérer qu'une stimulation exercée, au moyen de la strychnine, sur l'axe cérébro-spinal, aura une influence favorable sur la paralysie des fibres musculaires des bronches.

II.e PARTIE. — *Paralysie des muscles intercostaux et du diaphragme.*

Sans approfondir la question de savoir si, *dans tous les cas*, les maladies organiques des viscères thoraciques sont suivies d'un changement dans le volume de ces organes, nous pouvons diviser les maladies de la poitrine en deux classes :

1.° Celles où ce changement n'existe point d'une manière appréciable pour nous ;

2.° Celles où il existe manifestement.

Il est évident que, dans la seconde classe, il faudra faire une subdivision pour celles où ce changement consiste dans une augmentation de volume, et pour celle où il consiste dans une diminution.

Cette division s'applique beaucoup plus aux cas individuels qu'aux maladies elles-mêmes ; car la même maladie qui, chez une personne, détermine un changement de volume, n'en produira point chez une autre ; et chez le même sujet, on peut trouver à différentes périodes d'une maladie, tantôt une augmentation, tantôt une diminution de volume.

L'augmentation de volume est de deux espèces. Il peut y avoir augmentation actuelle de volume dans le parenchyme de l'organe, comme nous le voyons dans l'hypertrophie du poumon ou du cœur ; ou bien l'enveloppe séreuse de ces organes peut être distendue par le produit de la maladie, de manière à déplacer les parties environnantes, et à donner lieu ainsi aux signes physiques les plus importans. Ces affections, lorsqu'elles vont jusqu'à produire un changement manifeste dans la forme des parties environnantes, peuvent être désignées sous le nom de *maladie par accumulation.* Nous verrons que le diagnostic de ces dernières est fondé, jusqu'à un certain point, sur des principes qui sont semblables.

Mais une division plus importante est celle qui est fondée sur le résultat de la maladie, c'est-à-dire, la diminution ou l'augmentation de la quantité d'air qui est contenue dans le thorax. Dans la grande majorité des cas, il y a diminution de cette quantité d'air; mais dans quelques autres elle est augmentée. Maintenant, si nous considérons, d'une part, l'empyème, et d'autre part, la dilatation des cellules aériennes et le pneumo-thorax, nous trouvons que ces maladies par accumulation peuvent s'accompagner, soit d'une diminution, soit d'une augmentation dans la quantité de l'air; de telle sorte que leur diagnostic dépend, d'abord, des preuves de l'accumulation, et ensuite des propriétés physiques de la matière accumulée. Dans l'empyème, il y a accumulation et compression exercée par un fluide non élastique, tandis que dans l'emphysème de Laennec et dans le pneumo-thorax, il y a aussi accumulation, mais de fluide élastique. Cette considération nous fait faire le premier pas dans le diagnostic différentiel de ces lésions. Dans l'empyème, nous avons, outre les preuves du déplacement du poumon, des parois de la poitrine, du médiastin et du diaphragme, celle d'une *diminution dans la quantité de l'air*, diminution qui peut aller presque jusqu'à l'absence totale dans le côté affecté, *le son étant mat à la percussion.* Dans les deux autres affections, nous avons aussi un déplacement qui est semblable à celui qu'on observe dans l'empyème, pour ce qui regarde les parties non musculaires du thorax; mais il y a des signes qui indiquent que la quantité d'air loin, d'être diminuée, est augmentée, la résonnance étant naturelle ou même morbide.

Si nous comparons la poitrine de deux individus dont l'un est attaqué d'empyème, et l'autre de dilatation des cellules pulmonaires, nous remarquons que tous les deux fournissent des signes d'accumulation, car la paroi latérale du thorax est dilatée et le médiastin est déplacé; mais à

un examen plus attentif, nous trouvons quelques différences importantes entre ces deux maladies dans l'influence qu'elles exercent sur les parois du thorax relativement aux parties musculaires de ces parois.

Cela nous conduit à un sujet de recherches extrêmement intéressant; savoir, l'influence de ces maladies par accumulation sur les parties musculaires, c'est-à-dire, sur les parties les plus vitales des parois thoraciques. Je vais examiner l'état des muscles intercostaux et du diaphragme dans les deux maladies que j'ai choisies comme terme de comparaison.

Depuis long-temps on a décrit comme signe pathognomonique de l'empyème le poli tout particulier de la surface de la poitrine, qui dépend, comme chacun le sait, de ce que les muscles intercostaux ont cédé et ont permis aux espaces intercostaux de s'effacer. En outre, ainsi que je l'ai démontré dans un autre travail, le diaphragme cède de la même manière, au point de devenir concave vers la poitrine et convexe vers l'abdomen, refoulant au-devant de lui les viscères qui occupent la partie supérieure de la cavité abdominale.

Mais ces phénomènes ne sont point aussi marqués dans la dilatation des cellules pulmonaires, puisque dans cette maladie, ainsi que je l'ai dit plus haut, la poitrine peut être considérablement dilatée, sans qu'on observe l'aspect particulier dont il est question. Les espaces intercostaux restent, dans tous les cas, profonds et bien marqués, et, dans une partie des cas, le diaphragme reste non affecté, lors même que la pression est assez forte pour déformer la poitrine. D'où vient cette différence remarquable? Dans l'empyème, il y a une combinaison de causes vitales et de causes mécaniques; une inflammation suivie d'une compression, laquelle est exercée par un liquide. Dans la dilatation des cellules, il y a seulement compression exercée par un fluide élastique. C'est dans la circonstance d'une

inflammation, d'une pleurésie, qui produit l'épanchement dans l'empyème, et qui continue d'agir long-temps après que l'épanchement s'est formé, que nous trouvons l'explication de l'état de dilatation des muscles intercostaux et du diaphragme.

Quand une membrane muqueuse ou séreuse est enflammée, les tissus musculaires qui lui sont contigus en éprouvent une influence défavorable. On y observe d'abord une augmentation de l'innervation, démontrée par les douleurs et les spasmes dont ils sont le siége ; et plus tard, une paralysie plus ou moins complète. Les mêmes phénomènes ont lieu quand l'inflammation a son siége dans *les tissus musculaires eux-mêmes*, ou dans le *centre cérébro-spinal d'où ils reçoivent leur innervation*. Dans tous ces cas, soit d'inflammation contiguë, soit d'inflammation du tissu musculaire lui-même, soit enfin d'inflammation du cerveau ou de la moelle épinière, nous observons d'abord l'innervation en plus, et ensuite en moins. Quand ce second état survient, les fibres musculaires perdent leur contractilité ; si l'organe est un canal entouré de fibres musculaires, si c'est une expansion membraniforme semblable aux muscles intercostaux et au diaphragme, il cède facilement à la compression (1).

Ainsi, la véritable explication de la saillie que forment les muscles intercostaux et le diaphragme, c'est qu'ils sont atteints de cette paralysie qui est la conséquence de l'inflammation d'un tissu contigu, et qu'ayant perdu leur faculté contractile, ils cèdent facilement à la même compression à laquelle ils résistaient avec efficacité dans leur

(1) On peut citer, par analogie, les recherches d'Abercrombie, sur l'iléus, qui ont démontré que la portion contractée du tube intestinal est saine, et que les altérations morbides ont leur siége dans la portion dilatée, la perte du ressort de ces dernières étant la vraie cause de la dilatation.

état d'intégrité, ainsi que nous l'avons vu pour les cas d'emphysème vésiculaire.

Cette théorie se trouve d'accord avec les résultats de l'observation. Au début de la pleurésie, la douleur est très-vive; la respiration est difficile et accélérée; la douleur est exaspérée par une profonde inspiration, et cependant il n'y a aucune saillie des espaces intercostaux et du diaphragme; mais ces expansions membraneuses sont plutôt dans un état spasmodique qui correspond parfaitement à l'état d'innervation en plus qui s'observe dans le premier degré de l'irritation musculaire.

Mais quand la maladie est plus avancée, on observe des phénomènes inverses; la douleur cesse; la dyspnée diminue considérablement; la respiration devient plus lente; le côté malade du thorax est à peine mobile, tandis que l'autre se meut avec une grande énergie, et alors *les espaces intercostaux et le diaphragme cèdent*, donnant lieu les premiers à cette surface polie, caractéristique du thorax, et le dernier à l'abaissement des viscères abdominaux. Il n'est pas nécessaire de faire remarquer que ces phénomènes correspondent à l'état d'innervation en moins, c'est-à-dire, à la paralysie des fibres musculaires.

Une autre raison très-importante, c'est que la simple pression ne paraît pas suffisante pour la production du phénomène en question. Si la théorie que je propose est vraie, nous devons trouver que, dans les autres maladies par accumulation, où il n'y a point inflammation de la plèvre, mais où il y a seulement compression, la saillie des plans charnus indiqués est beaucoup moins marquée ou même manque totalement. Tel est, en effet, ce que nous observons. Prenons pour exemples l'emphysème de Laennec, l'hydrothorax, et l'engorgement du foie. Dans ces maladies, il y a des signes de compression de dedans en dehors. Ainsi, dans l'emphysème, nous savons jusqu'où peut aller l'élargissement de la poitrine, ainsi que le dépla-

cement du médiastin et du cœur, et nous avons vu qu'*alors même que le diaphragme a perdu sa voussure* (*ce qui a lieu dans un certain nombre de cas*), *son innervation n'est pas détruite*. Dans l'hypertrophie du foie, il y a également compression du dedans au dehors, ainsi que le prouvent l'état du poumon et la déformation de la partie latérale du thorax. Enfin, dans l'hydrothorax la pression est démontrée par la diminution de volume du poumon, qui, bien que doué de fibres musculaires, ne peut cependant résister à la compression qu'il subit extérieurement.

Eh bien ! malgré cette pression énergique, les espaces intercostaux se conservent, sans céder, dans tous les cas d'emphysème et d'hypertrophie du foie, et dans un grand nombre au moins des cas d'hydrothorax. Ce fait peut être vérifié d'une manière constante pour l'emphysème et l'engorgement du foie, et je l'ai observé récemment *dans trois cas d'hydrothorax symptômatique*. Dans ces trois cas, bien que la collection de sérosité s'élevât à plusieurs pintes, et que le poumon correspondant fût réduit à un très-petit volume, cependant ni les muscles intercostaux ni le diaphragme n'avaient cédé.

Il y a quelques années, j'ai insisté sur la valeur de l'absence de dilatation intercostale, pour distinguer si un foie a augmenté de volume, ou s'il est seulement déplacé.

Une dernière preuve, c'est que, dans certains cas d'empyème, j'ai observé que le diaphragme cédait *soudainement* à une certaine époque de la maladie, après avoir conservé jusque-là sa position naturelle. Ce phénomène était aussi étendu qu'il était subit; et, dans un cas, *il n'y avait aucune raison pour croire que la quantité du liquide fût augmentée.*

Je crois avoir établi que la saillie des espaces intercostaux et la dépression du diaphragme, dans l'empyème, sont dues principalement à la paralysie de ces expansions musculaires; et, sans nier l'influence qu'exerce la compression,

je pense que cette cause mécanique ne joue qu'un rôle secondaire et accessoire. Si ce point de doctrine est vrai, il fournira quelques renseignemens pour le diagnostic. En effet, nous aurons un signe différentiel nouveau entre l'hydrothorax et l'empyème, et peut-être un moyen de mesurer l'intensité de l'inflammation, dans un cas donné de cette dernière maladie.

Voyons maintenant quelle est l'influence de la paralysie des muscles cités sur la contraction du côté, que Laennec a décrite le premier comme une conséquence de l'absorption des épanchemens inflammatoires de la plèvre. Il a assigné deux causes à ce phénomène, savoir l'enchatonnement du poumon dans une membrane fibro-cartilagineuse, et la diminution de son volume, suite de la compression et de la maladie. Mais on peut ajouter à ces causes, l'état d'inertie de ces muscles qui agissent si puissamment pour développer la poitrine. Les muscles intercostaux ne soulevant plus les côtes, et la portion correspondante du diaphragme ne se contractant plus, il en résulte que le poumon ne pourrait plus reprendre son volume, après la résorption de l'épanchement, lors même qu'il ne serait pas bridé par une fausse membrane, ou atrophié par suite de la compression où de la maladie. Le poumon conserve son petit volume, parce qu'il n'est plus dilaté par les efforts inspiratoires. Laennec avouait lui-même que la présence d'un fibro-cartilage n'est pas nécessaire pour la production de cette contraction, ce que j'ai pu vérifier par plusieurs autopsies. Dans les cas de guérison que j'ai observés, j'ai toujours remarqué que moins l'inflammation était intense, et plus, par conséquent, la maladie se rapprochait de l'hydrothorax, moins il y avait de contraction après la résorption du liquide.

Je ne puis m'empêcher de signaler, pour des recherches ultérieures, quelques autres applications de ce fait. Dans les diverses formes de maladies thoraciques, nous voyons,

dans trois cas différens, le tissu musculaire affecté par l'inflam mation d'un autre tissu. Ces cas sont la *pleurésie*, dont je viens de m'occuper, la *bronchite* et la *péricardite*. Dans ces affections, on a bien reconnu la participation du tissu musculaire à la souffrance dans les premiers temps de la maladie, mais on a complètement négligé les effets de l'inflammation à un degré plus avancé.

Relativement à la bronchite, on aurait à rechercher jusqu'à quel point la paralysie des muscles circulaires de Reissessen peut rendre compte de l'accumulation qui se fait dans les bronches, et qu'on voit si souvent dans les fièvres catarrhales graves. On voit toujours alors les malades mourir *sans prostration générale*, mais, au contraire, avec une force musculaire remarquable, quant aux muscles de la vie animale. Les seuls muscles qui aient perdu leur action sont ceux de la vie organique qui ont été affectés de la manière qui vient d'être décrite. En vain dégage-t-on la poitrine à plusieurs reprises au moyen des vomitifs, et emploie-t-on tous les moyens propres à dissiper la congestion et l'inflammation, la mort n'en survient pas moins. On aurait à chercher jusqu'à quel point cette condition anatomique particulière doit nous porter à modifier le traitement et à chercher quelque agent thérapeutique capable d'exciter la contraction des tubes bronchiques. En outre, cette théorie nous permet de mieux comprendre comment le traitement antiphlogistique continué après la première période de la bronchite ou celle du spasme musculaire, est souvent suivi d'une abondante accumulation dans les bronches ; et elle nous donne une nouvelle explication de l'efficacité des stimulans, soit généraux, soit spécifiques, dans les périodes avancées de la maladie, c'est-à-dire, celles où il est probable que les fibres circulaires sont atteintes de paralysie.

On pourrait rechercher quelle est l'influence de cet état dans la production de la dilatation des bronches : tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que l'explication de

Laennec est trop mécanique et que ce point de pathologie offre une lacune à remplir.

Enfin, dans la péricardite, on explique ce fait singulier, que la mort soit causée par l'inflammation d'une membrane aussi limitée que le péricarde, tandis qu'une poche aussi étendue que la plèvre peut-être affectée dans toute son étendue, avec conservation de la vie. Si, de ce point de vue, nous examinons les symptômes de la première et de la seconde période de la péricardite, nous trouverons facilement l'analogie qui exige entre cette maladie et la pleurésie ou l'entérite. Dans la première période, les violentes palpitations et la dureté du pouls décèlent l'excitation musculaire, semblable à celle qu'on observe dans la première période de la pleurésie ou de l'entérite. Dans la période suivante, les lipothymies, la faiblesse du pouls, le refroidissement, la faiblesse d'action du cœur, la difficulté de la circulation, sont des signes de la paralysie du cœur, c'est-à-dire, d'un état du tissu charnu du cœur analogue à celui où se trouvent les muscles intercostaux dans l'empyème, et les fibres circulaires de l'intestin dans l'iléus.

En admettant que le cœur est dans un état de demi-paralysie dans les périodes avancées de la péricardite, ne peut-on pas expliquer l'anévrysme actif qui succède communément à cette maladie. Lorsque le cœur est affaibli, il cède à l'effort du sang, et ses cavités se distendent graduellement. Supposons maintenant que le travail inflammatoire cesse, et que les fibres musculaires recouvrent leur tonicité : ces dernières, à raison de l'augmentation de capacité des cavités, ont un surcroît de travail à accomplir. Elles doivent faire pénétrer le sang dans des vaisseaux qui ne se sont point dilatés d'une manière proportionnelle, et qui par conséquent offrent de la résistance ; alors, d'après une loi de physiologie bien connue, elles acquièrent un développement anormal ; à la dilatation s'ajoute l'hypertrophie, et un anévrysme actif est établi.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie pathologiques.

De l'influence de certaines portions du cerveau sur les mouvemens de certains muscles; *par le docteur Corrado Taddei*, de Gravino. — Les conclusions de ce travail sont les suivantes : la voûte à trois piliers, les éminences mamillaires, les cornes d'Ammon et leurs expansions, contiennent les organes qui sont les principaux régulateurs (*primi regolatori*) des mouvemens des muscles de la face, de la mâchoire inférieure et de la langue. Dans le plan inférieur des lobes moyens du cerveau, sont ceux qui dirigent les mouvemens des muscles sterno-cléido-mastoïdiens ; dans la partie centrale du pont de varole, sont ceux qui président aux mouvemens des muscles inspirateurs. L'encéphale est une réunion d'organes chargés de diriger (*primi rettori*) tous les mouvemens de la machine animale. Les couches supérieures et inférieures des corps striés et des couches optiques contiennent les organes chargés de présider à l'exécution des décisions de l'intelligence ; la couche moyenne des mêmes parties et la substance médullaire des circonvolutions, sont les organes de l'intelligence.

Ne pouvant suivre l'auteur dans sa longue argumentation, nous nous bornerons à extraire de son mémoire l'observation suivante qui offre de l'intérêt.

Un blanchisseur, de tempérament sanguin, régulièrement constitué, et qui avait à peine accompli son quatrième lustre, avait déjà éprouvé à l'âge de douze ans une violente commotion cérébrale à la suite de laquelle il lui était resté une céphalalgie qui se reproduisait par intervalles. A 18 ans, il avait eu une fièvre grave, et, plus récemment, il avait souffert d'une bronchite opiniâtre. Dans la convalescence de cette dernière affection, sans cause connue, il fut pris d'une douleur de l'oreille gauche, qui fut tellement intense qu'il appelait la mort pour l'en délivrer. A peine s'était-il écoulé sept jours dans cet état pénible, qu'il se manifesta d'autres symptômes auxquels le malade succomba.

Le malade s'étant endormi dans une chambre où l'on brûlait du charbon, se réveilla avec de la céphalalgie, une grande tendance au sommeil, et de la stupeur ; il ne pouvait supporter la

lumière, ni se tenir debout, ni relever sa tête pesante; son visage se tuméfia et se colora d'un rouge vif; le pouls s'accéléra. Avant sa mort, qui eut lieu au bout de huit jours, il présenta quelques symptômes remarquables.

Le quatrième jour de la maladie en question, toute la moitié gauche du visage fut agitée par des mouvemens convulsifs très-fréquens; le muscle orbiculaire de la paupière du même côté éprouva des contractions spasmodiques; le globe oculaire lui-même roulait dans son orbite d'une manière irrégulière et avec la plus grande rapidité; la pupille de ce côté était contractée. L'autre moitié du visage était dans un calme parfait; la face était tournée à droite; les mouvemens des membres étaient libres et restèrent ainsi jusqu'à la mort. Tous ces phénomènes, excepté la rotation de la face à droite, cessèrent après une saignée de la jugulaire; mais ils ne tardèrent pas à se reproduire, et ils persistèrent pendant deux jours avec plus ou moins d'intensité. Le sixieme jour de la maladie, les mêmes parties passèrent à l'immobilité de la paralysie. Alors on vit la commissure gauche des lèvres portée en bas, la paupière gauche complètement paralysée, et l'œil dans un état de strabisme fixe. L'œil droit commença alors à être pris de mouvemens irréguliers, le malade éprouva de la difficulté à tirer la langue; il balbutia, fut pris d'un délire bruyant, chercha à s'échapper de son lit, et éprouva des soubresauts des tendons. Le 7.e jour, la chute de la paupière gauche se dissipa, et la paupière en se relevant, laissa voir un œil immobile avec une pupille dilatée et une conjonctive injectée. Le 8.e jour, le visage était plus coloré, surtout à gauche; le malade exécutait des mouvemens de la mâchoire inférieure, comme pour mastiquer. La paupière gauche était de nouveau paralysée; l'œil présentait les mêmes conditions que la veille, si ce n'est que l'injection inflammatoire allait en diminuant à mesure qu'elle se manifestait dans l'œil droit qui était alors agité par de fortes convulsions. L'injection de l'œil droit fut telle, que peu d'heures avant la mort il semblait complètement recouvert par une couche de sang. Les soubresauts des tendons se succédaient avec la plus grande rapidité; le pouls donnait jusqu'à 130 pulsations par minute; la respiration était très-fréquente et gémissante. Cette dernière se suspendit tout-à-coup, et le malade mourut.

Autopsie. — Trois petites gouttes de sang coagulé adhéraient à la face libre du feuillet crânien de l'arachnoïde, répondant à la convexité et à la partie antérieure de l'hémisphère gauche. Une

couche de pus verdâtre concret existait entre la pie-mère épaissie et l'arachnoïde, et occupait une partie de la région moyenne de la convexité de l'hémisphère gauche, et la base du même hémisphère le long du bord postérieur de la scissure de Sylvius, et autour du pont de varole dans la *tela mirabilis de Galien*. Dans toutes ces parties, elle offrait d'une à quatre lignes d'épaisseur, excepté dans les plexus choroïdes où elle formait de petites masses arrondies ayant un tiers de pouce à droite et un quart de pouce à gauche. Il n'y avait point de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules. La pulpe nerveuse formant la partie supérieure des hémisphères présentait un engorgement sanguin qui cependant était moins prononcé que celui qui occupait le centre du pont de varole et de la moelle alongée; le cerveau parut offrir sa consistance normale, excepté dans deux points où il offrait un ramollissement. L'un de ces ramollissemens avait environ deux tiers de pouce en longueur et un quart en largeur; il était situé *à l'extrémité antérieure* et *inférieure* du lobe moyen et *gauche* du cerveau; il correspondait à la couche purulente qui, ainsi qu'il a été dit plus haut, se réfléchissait sur le bord postérieur de la scissure de Sylvius; l'autre foyer de ramollissement occupait toute la moitié droite de la voûte à trois piliers, ainsi que l'éminence mamillaire et la corne d'Ammon du côté droit. Ce ramollissement était blanc dans toute son étendue, et il semblait plus prononcé antérieurement que postérieurement, c'est-à-dire, dans la corne d'Ammon. Les organes de la poitrine et du ventre ne présentaient rien d'anormal. — L'auteur, rapprochant les symptômes observés pendant la vie, du siége des diverses lésions trouvées dans le cerveau, trouve dans ce rapprochement un appui à ses idées théoriques. (*Annali universali*, vol. LXXV, page 494).

Pathologie.

Splénite; *par le docteur Rosch.* — Les moindres faits de pathologie deviennent importans, quand ils sont relatifs à un organe dont les fonctions et les maladies sont aussi peu connues que celles de la rate. C'est cette considération qui nous porte à citer l'observation suivante où l'auteur a cru reconnaître une inflammation aiguë de la rate.

J. H. Kaiser, fabricant de sel, âgé de 45 ans, s'était bien porté pendant sa jeunesse. Dans sa trentième année, il commença à avoir des hémorrhoïdes qui le firent souffrir beaucoup. Depuis cinq ans environ, il avait cessé d'avoir des varices et de rendre du

sang par l'anus; mais sa respiration était devenue plus accélérée, et, tous les matins, il expectorait des crachats muqueux; il était devenu sujet à une toux catarrhale; ses selles étaient rares; sa peau était d'un jaune sale; sa lèvre inférieure était tuméfiée et bleuâtre.

Le 10 janvier 1835, dans la nuit, il éprouva un frisson qui fut suivi de chaleur, de soif, et d'une douleur sourde et piquante dans le côté gauche. Le docteur Rosch le vit le 16, au matin. Il ne toussait point; sa peau était chaude; son pouls était dur et fréquent; il ressentait, dans le côté gauche, une douleur peu intense sur laquelle il fallait attirer son attention; il avait un goût amer à la bouche; sa langue était un peu chargée. Le docteur Rosch prescrivit une potion nitrée et le tartre stibié à doses fractionnées.

Le 17, l'état du malade étant le même, le docteur Rosch l'examina plus attentivement. La douleur avait son siége au-dessous du rebord des fausses-côtes du côté gauche; elle était sourde et nullement comparable avec la douleur pleurétique; on l'augmentait en exerçant une pression sur la rate qui, d'ailleurs, était manifestement tuméfiée. La langue était brun-clair dans sa partie moyenne, et sans enduit muqueux; sur ses deux côtés et vers sa pointe, cette couleur se perdait en une teinte rouge-bleuâtre; du reste, elle était humide. Cet état de la langue dura pendant tout le temps de la maladie, et ne se dissipa que peu-à-peu pendant la convalescence. L'urine avait été d'abord claire, d'un rouge brun; mais après quelques jours, tandis que la fièvre, la douleur et le gonflement existaient encore au même degré, elle présenta un sédiment abondant, léger, muqueux, de couleur de brique; et elle se montra très-acide.

Le 6.e jour de la maladie, il y eut quelques épistaxis. La convalescence commença le 14.e jour. On ne sentait plus la tumeur · la douleur et la fièvre étaient dissipées. L'urine reprit ses qualités normales; la transpiration s'établit; le malade put dormir tranquillement, ce qu'il n'avait pu faire pendant sa maladie, pendant laquelle il avait été tourmenté par l'insomnie, ou n'avait pu goûter qu'un sommeil troublé par des rêves pénibles. Le rétablissement fut complet.

Dans le commencement de la maladie, le traitement fut tout antiphlogistique, on fit plusieurs applications de sangsues, et l'on administra quelques purgatifs salins. Après que la fièvre eut été diminuée sous l'influence de ces moyens, on fit des frictions avec

la pommade d'hydriodate de potasse, qui contribuèrent à faire disparaître la douleur et le gonflement; enfin on prescrivit des amers à l'intérieur. (*Allg. Med. Zeitung.*, juillet 1835).

Diabètes survenu a la suite de l'application d'un emplatre de cantharides. — On avait prescrit un *emplâtre de ciguë* qui devait être appliqué sur des glandes du cou engorgées, chez un enfant de quatre ans. Le pharmacien s'étant trompé donna un *emplâtre de cantharides*. Au bout de dix-huit heures, il fallut enlever cet emplâtre, à cause de la douleur qu'il causait, parce que l'enfant commençait à délirer. Les grosses phlyctènes que l'on trouva sous l'emplâtre, firent reconnaitre manifestement la méprise. Les jours suivans, l'enfant eut la fièvre, et rendit, avec de vives douleurs, une petite quantité d'urine noirâtre. Mais ensuite il s'établit une sécrétion urinaire si abondante, que la quantité de liquide rendu dans les vingt-quatre heures représenta plus de quatre fois celle des boissons. Il en résulta une soif excessive et une véritable boulimie. Le petit malade désirait surtout de la viande. Au bout de quelques jours, l'urine perdit sa couleur noirâtre; elle était complètement inodore, et ressemblait, pour le goût, à une eau légèrement salée. L'amaigrissement devint très-remarquable; plus tard, le visage et les mains devinrent œdémateux; le petit malade était porté par son instinct à rechercher les alimens tirés du règne animal. Peu-à-peu la quantité d'urine rendue chaque jour diminua; elle reprit son odeur habituelle. Au bout de six semaines, ce diabètes artificiel était guéri. Pendant le cours de la maladie intercurrente, la tuméfaction des glandes du cou s'était entièrement dissipée. (*Mittheilungen Deutscher in Russland lebender Aerzte.* Tome I.er)

Hernie inguinale formée par l'appendice du cœcum; *par Carlo Javamelli.* — Le profond silence de presque tous les chirurgiens sur cette espèce de hernie me paraît être une preuve de sa rareté.

Cessoni Alavianna, âgée de 68 ans, servante, de constitution médiocrement forte, entra à l'hôpital, le 19 avril 1835; elle portait une hernie déjà depuis plusieurs années; mais depuis un an elle avait cessé l'emploi du bandage. Elle présentait tous les symptômes d'une hernie inguinale droite étranglée. Suivant la malade, ces symptômes existaient depuis deux jours : tumeur du volume d'un œuf de poule, dure et très-volumineuse; ventre considérablement tendu; constipation; pouls petit, déprimé, contracté et

fébrile ; mais il n'y avait ni nausées ni vomissemens, et il ne s'en manifesta point jusqu'au moment de l'opération.

La malade ayant été couchée avec les cuisses légèrement fléchies sur le ventre, je lui fis faire une saignée du bras de 16 onces et je prescrivis des applications émollientes sur la tumeur dans l'espoir d'obtenir la réduction sans opérer. Ces premiers moyens n'ayant produit aucun effet avantageux, je prescrivis un bain entier. Dans la soirée, les symptômes ne s'étant point améliorés, on fit une nouvelle saignée de 18 onces. Je laissai encore quelques heures s'écouler ; mais voyant que les choses allaient de plus en plus mal, je me décidai à pratiquer l'opération comme seul moyen de sauver la malade. Le taxis avait été employé plusieurs fois sans succès.

La malade fut placée d'une manière convenable. Avec un bistouri convexe je divisai les tégumens et j'incisai couche par couche le sac herniaire, d'où il ne sortit que peu de liquide. Ayant examiné avec soin les parties qui y étaient renfermées, je fus fort surpris de n'y trouver que l'appendice cœcale qui avait atteint un volume quadruple de son volume ordinaire. Pour pouvoir la replacer dans l'abdomen, j'incisai le collet du sac en même temps que l'anneau inguinal qui s'opposait à sa rentrée ; voulant m'assurer si en réalité la hernie n'était constituée que par l'appendice en question j'attirai doucement celle-ci au dehors, et à l'instant même le cœcum se présenta faisant suite à son appendice qui, dans le point où elle abandonne l'intestin, présentait un sillon circulaire, indice de l'étranglement auquel le cœcum ne participait nullement. Après cette exploration j'opérai la réduction.

Après l'opération, la malade eut plusieurs selles qui furent produites par un purgatif huileux ; pendant deux jours elle fut parfaitement calme ; mais ce court espace de temps était à peine écoulé qu'il se déclara une fièvre intense accompagnée de vives douleurs et d'une tuméfaction phlegmoneuse dans tout le côté correspondant à la hernie. Pour combattre cette inflammation il fallut recourir huit fois à la saignée du bras, faire plusieurs applications de 40 sangsues chaque, et entretenir des applications locales émollientes. Malgré ces moyens énergiques il se fit une suppuration très-abondante, qui disparut peu à peu à mesure que la plaie diminua, de telle sorte que celle-ci était presque entièrement cicatrisée à la fin du mois de mai.

La malade resta encore quelque temps à l'hôpital pour rétablir sa santé, et le 16 juin elle sortit parfaitement guérie.

Il résulte de ce fait dont on ne trouve pas d'exemple dans nos

auteurs classiques, tels que Morgagni, Scarpa, Palleta, Richter, Bertrandi, Lawrence, Hey, Travers, Cooper, Warton, Bénévoli, Rossinus, Brendel, etc., que l'étranglement de l'appendice cœcale peut produire tous les symptômes de l'entérocèle étranglée, à cela près du vomissement. (*Annali universali*, t. 75, page 430).

Thérapeutique.

Extraction d'une broche en laiton de la vessie d'une femme, au moyen d'un instrument nouveau; *par Vincent Bianchetti.* — Maria Ghizzi, âgée de 16 ans, douée d'un tempérament irritable, était depuis quelque temps tourmentée par un prurit très-vif le long du canal de l'urètre, auquel elle apportait du soulagement au moyen de l'introduction dans ce canal d'une petite fourche faite avec un gros fil de laiton, et qui lui servait à retenir ses cheveux, selon l'usage du pays. Cet instrument lui ayant échappé de la main, s'enfonça dans l'urètre; elle fit des tentatives inutiles pour l'extraire au moyen d'une aiguille d'un gros volume, et terminée par une extrémité boutonnée. Ces efforts ne firent que contribuer à faire entrer complètement dans la vessie le corps métallique.

Le docteur Bianchetti fit construire les instrumens suivans: 1.° une canule en acier poli, longue de quatre pouces, et de trois lignes de diamètre, présentant à l'une de ses extrémités un prolongement en forme de manche, 2.° une tige en fer terminée à son extrémité supérieure par une barre transversale pour servir à tenir l'instrument, et à son extrémité inférieure par une tenette dont les mors garnis de dents étaient tenus écartés l'un de l'autre par un ressort; cette tige présentait dans toute son étendue un pas de vis sur lequel marchait à volonté un écrou.

La femme étant placée sur le bord du lit, les cuisses fléchies sur le ventre, écartées l'une de l'autre, après avoir légèrement dilaté le canal de l'urètre au moyen d'un dilatateur, il plaça la canule dans ce canal, et injecta de l'eau tiède dans la vessie. Ayant introduit ensuite, par l'intermédiaire de cette canule, la tige métallique décrite plus haut, il la dirigea en plusieurs sens au-dedans de la vessie dans l'intention de rencontrer le corps étranger; dès qu'il sentit que la petite fourche était tombée entre les mors de la pince, il enfonça plus profondément la canule dont le rebord circulaire vint appuyer sur les mors de la pince et les tenir fermés; ensuite il disposa ces instrumens dans une direction telle, que le corps étranger occupait à-peu-près la partie centrale de la cavité de la

vessie. Cette dernière manœuvre avait pour objet de mettre autant que possible les parois vésicales à l'abri de toute lésion. Alors faisant marcher le long du pas de vis de la tige métallique, l'écrou qui appuyait ainsi contre l'extrémité supérieure de la canule, il força, sans produire aucune secousse, le corps étranger qui était saisi entre les mors de la pince, à entrer tout entier dans l'intérieur de la canule. Ainsi fut opérée cette extraction qui ne détermina aucun accident, et après laquelle la jeune fille put se livrer immédiatement à ses occupations ordinaires. (*Annali universali*, tome LXXV, page 150).

DES LUXATIONS ANCIENNES, ET OBS. DE LUXATION EN ARRIÈRE DE L'AVANT-BRAS RÉDUITE AU BOUT DE 70 JOURS; *par le docteur Cappelletti.* — Avant de rapporter son observation, l'auteur pose la question suivante : Jusqu'à quelle époque est-il permis au chirurgien de tenter la réduction d'une luxation ancienne? Il fait ensuite un résumé très-érudit de l'état de la science sur ce sujet ; ce résumé comprend une dixaine de pages qu'on lira avec intérêt. Une seconde partie du mémoire du docteur Cappelletti comprend l'histoire des *principales complications qui contre-indiquent les tentatives de réduction dans les cas de luxations anciennes*; il met en première ligne la *diathèse scrofuleuse*; les autres circonstances sont: *une grande mobilité de l'os luxé*, *une inflammation consécutive à la luxation et l'irritation des vaisseaux sanguins.* L'auteur consacre une troisième partie à l'histoire des accidens qui peuvent survenir à la suite de la réduction de l'os luxé ; dans une quatrième partie il traite de la meilleure méthode à suivre pour la réduction des luxations anciennes ; enfin, l'observation suivante se trouve décrite.

Orsola N***, villageoise, âgée de 56 ans, étant tombée avec violence sur la main, se luxa l'avant-bras en arrière sur l'humérus ; elle s'adressa à un rebouteur qui exerça des tractions très-rudes sur l'avant-bras, et après avoir maltraité ainsi l'articulation, laissa la malade en lui disant qu'avec le temps la guérison deviendrait parfaite ; cette femme resta dans cet état pendant 67 jours éprouvant des douleurs vives et continuelles dans l'articulation, et ne pouvant exécuter le plus léger mouvement. Le 68e jour après cet accident, elle vint consulter l'auteur ; le bras était tendu et plus court que l'autre de trois doigts ; les mouvemens de flexion, de pronation et de supination étaient impossibles ; le cubitus et le radius étaient portés en arrière et en haut de telle manière que l'apophyse coronoïde était logée dans la fosse sygmoïde ; le condyle de l'humérus était,

au contraire, porté en avant et en dedans, de sorte que c'était une luxation postérieure et latérale dont on rencontre un exemple dans le Traité de Sir Astley Cooper ; la malade demandait vivement que l'on tentât la réduction de son avant-bras; le docteur Cappelletti résolut de tenter cette opération, voyant que la malade ne présentait aucune contre-indication, mais auparavant il fit appliquer pendant deux jours des cataplasmes émolliens sur l'articulation; il fit prendre deux bains chauds à la malade en lui recommandant de mouvoir autant que possible l'avant-bras luxé afin de détruire quelques-unes des adhérences qui pouvaient être établies.

Le 70e jour après l'accident, on procéda à la réduction de la manière suivante : la contre-extension fut faite sur le thorax et l'extension à la partie inférieure de l'avant-bras. En faisant la contre-extension sur le thorax, l'auteur avait en vue d'éviter de comprimer les muscles qui vont s'insérer à la partie supérieure de l'avant-bras; lorsque l'extension fut commencée au moyen des poulies, on pratiqua une forte saignée de bras et on administra le tartre-stibié à petites doses; ce n'est qu'au bout d'une heure et demie d'une extension énergique pratiquée à l'aide du mouffle, que l'auteur put déloger l'apophyse coronoïde de la fosse sygmoïde et faire disparaître la luxation postérieure; la bonne conformation de l'articulation et la facilité des mouvemens de flexion indiquaient que le déplacement postérieur n'existait plus; toutefois à la partie interne de l'articulation le condyle de l'humérus était plus saillant qu'à l'état normal; il y avait donc une légère luxation latérale; on renouvela l'extension; quelqu'énergique et quelque prolongée qu'elle fût, on ne put parvenir à faire disparaître cette légère difformité.

La guérison fut retardée par un accident qui cependant n'eut aucune suite fâcheuse : ce fut une fracture de l'olécrane produite par la résistance opiniâtre du triceps.

Le bras fut placé dans une position intermédiaire entre la flexion et l'extension, entouré d'un bandage destiné à maintenir en contact les fragmeus de l'apophyse fracturée; l'irritation locale eut peu de durée; pendant les premières 24 heures, elle fut combattue par l'application de la glace, et ensuite des cataplasmes émolliens suffirent pour la dissiper.

Au bout de 35 jours on leva l'appareil et l'on trouva la fracture parfaitement consolidée; on prescrivit à la malade d'imprimer des mouvemens à son avant-bras, afin de faire disparaître la raideur qui était une conséquence nécessaire du repos prolongé du

membre. Lorsque l'auteur écrivait cette observation, cinq mois après la réduction, la malade exécutait librement et sans douleurs les mouvemens de l'avant-bras, et pouvait se livrer à ses occupations domestiques.

Voici quelles sont les conclusions générales du mémoire dont nous avons extrait l'observation qu'on vient de lire.

1° L'impossibilité de réduire une luxation ancienne doit être déduite des contre-indications et de la longueur de sa durée ;

2°. Dans les articulations orbiculaires, quand l'articulation accidentelle permet au malade des mouvemens libres, on ne doit point tenter la réduction, à cause des accidens mortels qui pourraient en résulter ;

3°. Dans les cas de luxation très-ancienne, lors-même qu'on est parvenu à replacer l'os luxé dans sa véritable cavité articulaire, les mouvemens du membre ne sont jamais si étendus et si libres qu'avant la luxation, à cause des changemens qui se sont opérés dans cette cavité articulaire.

4°. Les luxations des articulations ginglymoïdales deviennent irréductibles beaucoup plus promptement que celles des luxations orbiculaires ; elles deviennent plus incommodes pour les malades à cause de l'ankylose qui s'y forme ;

5°. Dans toutes les luxations anciennes, l'emploi du moufle est préférable à celui des aides pour pratiquer l'extension. (*Annali Universali*, tome 76, page 42).

Obstétrique.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ; GUÉRISON ; *par le docteur Harder.* — Vers la fin du mois de novembre 1828, je fus appelé auprès d'une femme pour l'accoucher. Cette femme était âgée de 30 ans ; elle était fortement constituée, mais affaiblie par les fatigues auxquelles elle avait été soumise dans les temps qui précédèrent l'époque où je la vis. Sa première grossesse avait eu lieu deux années auparavant, et s'était terminée par un accouchement naturel. Dans les premiers mois de la grossesse actuelle, les règles s'étaient suspendues ; puis elles avaient reparu régulièrement pendant trois ou quatre mois. Pendant les autres mois, au lieu des règles, il s'était écoulé de la sérosité. Les premiers mouvemens de l'enfant, bien plus vifs que dans la première grossesse, s'étaient fait sentir dans le commencement du mois de mai. Plus tard, la malade avait éprouvé des tranchées, des maux de cœur, de la diarrhée et des

vomissemens. Les derniers mouvemens avaient été sentis à la fin du mois de septembre, époque à laquelle la grossesse aurait dû se terminer. Les symptômes indiqués plus haut avaient persisté et étaient devenus surtout très-intenses vers la fin du mois d'octobre. A cette époque, une sage-femme examina fréquemment la malade, et lui promit un prompt accouchement. Un jour, même, elle fit des efforts pour rompre ce qu'elle croyait être la poche des eaux, et fit éprouver des douleurs extrêmes à la malade, sans pouvoir atteindre le but qu'elle s'était proposé. A partir de ce moment, il ne s'était plus manifesté aucun signe d'accouchement imminent.

Quand je vis la malade, on remarquait une tumeur irrégulière, circonscrite, située dans l'abdomen, au-dessus du pubis. On pouvait sentir en partie les membres du fœtus. Les mamelles étaient comme chez une femme non-enceinte. Par le toucher, je reconnus, à travers la paroi vaginale qui paraissait épaissie et tuméfiée, la tête du fœtus située entre le rectum et l'utérus qui était refoulé en avant et en haut. L'orifice de l'utérus et son col, qui paraissait tendu, étaient situées en avant sur l'arcade du pubis et pouvaient être légèrement sentis.

Il n'y avait qu'un seul moyen d'opérer la délivrance, c'était d'inciser la paroi vaginale dans la portion qui repondait à la tête. Mais cette opération dut être différée, à cause de l'absence du chirurgien ordinaire, et je ne pus prescrire que des palliatifs.

Je revis la malade au commencement d'avril 1829; elle n'était point encore délivrée de son fardeau; elle présentait tous les symptômes d'une fièvre hectique, et avait un écoulement fétide par le vagin. La tumeur du bas-ventre était encore plus rapprochée du pubis et plus facile à distinguer à raison de l'amaigrissement; une forte pression exercée sur elle était douloureuse et déterminait des envies d'aller à la selle ou d'uriner.; au moyen du toucher, je reconnus que la tête était située plus bas dans le bassin qu'au moment de ma première exploration. Je trouvai, dans la paroi du vagin, une ouverture considérable, à travers laquelle mon doigt atteignait le rebord tranchant et inégal du crâne perforé, et pénétrait dans la cavité crânienne. A l'instant même, je fis, après beaucoup d'efforts et beaucoup de douleur pour la malade, l'extraction de la totalité des os du crâne et de quelques vertèbres du cou. Pendant la nuit suivante, la malade goûta un sommeil excellent. Le jour suivant, je fis peu-à-peu et malgré les syncopes fréquentes de la malade, l'extraction des autres parties du fœtus, qui était du sexe féminin, et était complètement putréfié. Après cette extraction, il

sortit par le vagin un torrent de pus très-fétide. Il n'y avait aucune trace de membranes, de placenta et de cordon ombilical.

Le soir du même jour, l'utérus était déjà plus rapproché de l'axe du bassin ; et je pus, par l'ouverture du vagin, sentir avec le doigt la face postérieure de l'utérus, le colon, le mésentère et le rectum. L'écoulement purulent disparut de jour en jour ; la plaie se ferma, et, après quelques semaines d'un traitement convenable, la malade se trouva entièrement rétablie. (*Allg. med. Zeitung*, avril 1835).

Pharmacologie.

Recherches sur l'action des cantharides et de la cantharidine; *par Tommaso Pullino*. — Les expériences ont été faites d'abord sur les animaux, puis sur l'homme sain, et enfin sur l'homme malade.

Expériences sur les animaux. — 1.° On donna deux grains de cantharides à un petit lapin; il tomba insensible ; les extrémités se paralysèrent, la température s'abaissa. Il mourut au bout de trois heures.

2.° Un second lapin avala un grain et demi de cantharidine dissoute dans du lait ; la prostration et l'immobilité ne se firent pas long-temps attendre ; il mourut au bout d'une demi-heure.

3.° Le troisième lapin avala la même dose avec quinze gouttes d'eau cohobée de laurier-cerise ; la mort fut presque instantanée. Le cœur était vide et flasque ; l'estomac était blanchâtre. Le même lapin avait pris cinq jours auparavant, et sans accidens, vingt gouttes d'eau cohobée de laurier-cerise dans du lait.

4.° Un quatrième lapin prit deux grains de cantharidine en dissolution ; les symptômes de prostration se développèrent rapidement, mais il éprouva en outre des mouvemens convulsifs dans les membres postérieurs ; on lui donna quelques gouttes d'éther ammoniacal, et ensuite un grain d'acétate de morphine en deux fois. Il se releva, mais il n'eut aucune agilité. Il mourut au bout de douze jours. L'estomac était rouge çà et là ; les méninges étaient injectées.

5.° Deux chiens de même force et de même âge prirent, l'un dix grains de poudre de cantharides en décoction, l'autre, douze grains en substance. Le premier fut pris très-promptement de prostration, de stupeur, et mourut rapidement. L'estomac n'offrait aucune trace de phlogose. Le second eut des efforts de vomissement, de l'anxiété ; il se contournait et il jetait des cris. On le tua

au bout de six heures ; la substance ingérée n'était aucunement digérée. L'estomac était rouge.

6.° Trois lapins furent empoisonnés avec les cantharides et deux avec la poudre de cantharides ; ceux qui purent boire de l'eau avec du lait après l'ingestion du poison, ne présentèrent pas d'altérations appréciables de la muqueuse gastrique. Chez les autres on observa des traces d'irritation de l'estomac, irritation à laquelle il ne serait pas logique d'attribuer la mort, puisqu'elle aurait été à peine capable de développer l'appareil fébrile.

Expériences chez l'homme à l'état de santé. — 1.° le docteur Pullino ayant prié quelqu'un d'explorer son pouls, et étant à jeûn, prit en deux fois un grain de cantharidine ; il éprouva un frisson universel, un sentiment de froid le long de la colonne vertébrale ; la surface de son corps devint pâle ; sa tête devint lourde ; son pouls perdit cinq pulsations à la minute. Il rendit au bout de quatre heures des urines très-abondantes.

2.° Quinze jours après, il recommença l'expérimentation ; il prit dans la matinée deux grains de cantharidine en quatre fois ; à la seconde, déjà il éprouva une douleur sourde de la tête ; à la troisième il éprouva quelques vertiges ; la peau devint froide et humide ; à peine pouvait-il se tenir debout au moment où la substance agissait avec le plus de force. Les pulsations de l'artère diminuèrent de sept à la minute ; l'urine devint brûlante et très-abondante, bien que les boissons fussent prises en très-petite quantité. Après le milieu de la journée, il but de l'alcohol, et ensuite dix gouttes d'ammoniaque liquide dans un verre d'eau. Les vertiges se dissipèrent, l'urine cessa dans la nuit d'être brûlante. Le lendemain il éprouva une lassitude non ordinaire.

Expériences chez l'homme malade. — 1.° M. L. était affecté de pleurésie. Après deux saignées, la douleur continuait ; les crachats étaient encore sanguinolens et de mauvais aspect. On prescrivit trois grains de poudre de cantharides en solution, à prendre dans la journée. La dose fut élevée graduellement à dix grains ; le malade eut des sueurs continues ; les urines ne s'augmentèrent point ; les crachats prirent un aspect favorable ; la douleur disparut, et la guérison fut obtenue. La maladie dura seize jours, et la quantité de cantharides consommée fut de 85 grains.

2.° L. F. était atteinte de cardite, et l'on craignait même un anévrysme. Après avoir fait inutilement usage de médicamens nombreux et variés, elle prit la poudre de cantharides ; elle en consomma 112 grains ; après cette dose, elle éprouva un soulagement

notable ; d'abord l'urine était brûlante, mais la malade ayant bu très-abondamment après chaque prise, les urines furent très-copieuses et troubles.

3.° G. P., convalescent d'une maladie qui avait nécessité l'emploi d'un grand nombre de saignées, était tourmenté par des battemens artériels qui se faisaient sentir principalement dans l'oreille gauche, et ne lui laissaient prendre aucun repos. Il prit un grain de cantharidine en quatre fois, à de courts intervalles; il survint des vomissemens; le pouls devint petit et accéléré; le malade éprouva des frissons, des vertiges, de la torpeur aux extrémités supérieures, et d'autres signes d'une action *hyposthénisante* portée trop loin. On lui prescrivit aussitôt de l'éther, et ensuite de l'opium. On changea alors de traitement, et le malade se rétablit complètement en faisant usage d'alimens toniques et de vin généreux.

L'auteur a fait suivre les observations qu'on vient de lire, de cinq autres faits analogues également dénués de détails. Il a eu pour objet de présenter la poudre de cantharide comme *hyposthénisante*, suivant l'expression des partisans de la doctrine italienne. Son travail intéressant sur le rapport des expérimentations auxquelles il s'est livré avec les médicamens en question, cesse de l'être dans les applications qu'il en fait à la thérapeutique. (*Annali universali*, tome LXXV, page 434).

Académie royale de Médecine.

Séance du 26 mars. — L'Académie entend successivement plusieurs rapports. Le premier, lu par M. Maingault, a pour sujet un mémoire de M. Faure, sur la saignée dans les maladies graves, et *l'irrigation d'eau froide dans la bouche*, contre les accidens nerveux.—M. Honoré lit le second, sur un ouvrage de M. Lesage, médecin à Vierzon (Cher), ouvrage manuscrit, intitulé : *Oracle de Cos, ou Code de médecine naturelle hippocratique.* M. Honoré vote des remerciemens à l'auteur, et son inscription au rang des candidats pour les places de membres correspondans. Adopté. — M. Gimelle lit le troisième, sur une invention de nouveaux crochets propres à maintenir les lèvres de l'incision dans la trachéotomie. — Enfin M. Guéneau de Mussy fait un rapport verbal sur une obser-

vation intéressante de *paraplégie*, communiquée par le docteur Monte-Santo, de Padoue.

PARAPLÉGIE. — Dominique Valetto, âgé de 20 ans, condamné pour crime, en 1819, et reclus dans une prison, fut atteint d'une myélite aiguë, traitée avec énergie par les antiphlogistiques. Les accidens inflammatoires disparurent, mais il resta une paraplégie complète avec perte absolue du sentiment et du mouvement. Les évacuations alvines supprimées, des vomissemens se déclarèrent cinq ou six heures après le repas, et rejettaient la plus grande partie des alimens solides et liquides ingérés. Bientôt les matières vomies prirent de temps à autre le caractère stercoral. Cet état dura jusqu'en 1828 (dix ans), époque où les vomissemens devinrent progressivement plus rares, et enfin cessèrent tout-à-fait. Alors Valetto devint sujet à des congestions sanguines assez graves pour exiger de prompts secours. Dans l'espace de trois ans, plus de soixante saigoées furent pratiquées. En 1832, un mieux sensible se manifesta. Valetto d'ailleurs présentait cela de singulier, que par choix il ne faisait usage que des alimens les plus grossiers. Le bouillon et les viandes bouillies ne pouvaient être supportées. Le vin était également un objet de profond dégoût. L'eau seule pure était bue avec plaisir, et, chose remarquable, l'eau-de-vie était particulièrement appétée, de sorte que Valetto n'en avait jamais assez de la quantité qu'on lui accordait. Telles étaient les choses, quand, en 1833 (27 mars), une fièvre intense se déclara avec cardialgie, douleur vive à l'épigastre et vers la partie inférieure de la région dorsale de l'épine; un vomissement stercoral, le premier, depuis trois ans, apporta un soulagement instantané. Transféré sur ces entrefaites dans une autre prison, tous les accidens s'aggravèrent. Les douleurs dans les points indiqués reparurent, et les saignées répétées n'apportèrent que de faibles amendemens. Plusieurs mois s'écoulèrent au milieu de ces souffrances. La fièvre devint hectique. Des pulsations se faisaient sentir au niveau des vertèbres douloureuses. Efforts continuels et souvent inutiles pour vomir; mouvemens convulsifs des membres supérieurs, surtout dans le bras droit; prostration de plus en plus marquée qui faisait craindre à chaque instant une fin prochaine. Cependant Valetto ne mourut qu'en novembre 1834. Dans les derniers momens, des matières stercorales sortaient sans efforts de la bouche, et des gaz s'échappaient incessamment par l'anus. — A l'autopsie, on a trouvé l'estomac très-dilaté, contenant des matières bilieuses, mais sain d'ailleurs; le foie adhérent au diaphragme; vésicule pleine de cal-

culs et vide de bile ; les intestins très rétrécis, parsemés de plaques rouges à l'extérieur comme à l'intérieur. La vessie urinaire était fortement contractée, épaissie, et ne contenait que quelques gouttes d'une urine trouble. Le canal vertébral était rempli de sérosité sanguinolente ; les vaisseaux de la pie-mère injectés depuis la troisième vertèbre dorsale jusqu'à la queue de cheval. Dans la même étendue, la moelle avait une consistance notablement plus considérable que dans l'état normal, et offrait une teinte rosée qui, examinée au microscope, était due manifestement à une injection très-fine et très-dense. Les lobes du cerveau présentaient sur leurs parties latérales une consistance et un développement extraordinaires ; le cervelet petit et mou.

— La séance est terminée par la lecture d'un mémoire de M. Bouvier, sur les tractions perpendiculaires dans le traitement des déviations du rachis. Commissaires, MM. Villeneuve, Desportes, Amussat.

Séance du 29. — Continuation du scrutin pour l'élection des membres parmi lesquels doivent être tirés au sort les juges du concours d'anatomie de la Faculté. Six membres restaient à élire. Le scrutin désigne successivement MM. Cornac, Ollivier, Renauldin, Gérardin, Amussat, Gimelle. — M. le président procède au tirage de quatre juges et d'un suppléant. Les quatre juges appelés sont MM. Ribes, Magendie, Baron, Gimelle ; suppléant, M. Cornac.

Séance du 5 *avril*. — VACCINE. — La correspondance comprend plusieurs lettres, notamment une lettre du préfet de la Corse qui annonce la nomination qu'il a faite de cinquante-cinq médecins cantonnaux pour la vaccination gratuite des indigens, et qui demande du vaccin et des instructions pour la formation d'un comité dépositaire qui n'existe point en Corse.—M. Lemasurier de Versailles adresse aussi quelques détails sur une épidémie de variole qui a régné cet hiver dans cette ville, et qui n'a point épargné plusieurs sujets vaccinés. Toutefois un seul a été gravement malade, mais a guéri. A cette occasion, grand nombre de revaccinations ont été pratiquées. Sur 10 personnes au-dessus de 20 ans, 3 ont été revaccinées avec succès, et l'inoculation du fluide fourni par les boutons a communiqué le vrai vaccin. D'un autre côté, sur 163 élèves du Collège royal, 12 à 15 seulement ont présenté, après la revaccination, des boutons de vraie vaccine. Pareil nombre a offert une éruption douteuse. La plupart n'ont eu qu'une fausse vaccine. Très-peu n'ont rien éprouvé de l'inoculation. — M. Bousquet annonce la decouverte du Cow-pox à Passy.

Ligature de l'artère poplitée. *Mémoire de M. Marchal. Rapport de M. Gimelle.* — M. le rapporteur établit tout d'abord, qu'aujourd'hui la ligature de l'artère poplitée est généralement abandonnée des praticiens, pour être remplacée par la ligature de la crurale, soit qu'il s'agisse de l'anévrysme de cette artère ou de celui des artères jambières, et même dans le cas de lésions traumatiques, à moins qu'on ne puisse mettre la plaie du vaisseau à nu, de manière à lier les deux bouts. Le nombre considérable des branches fournies par la poplitée, son voisinage du genou, le danger qu'entraînent les mouvemens du membre relativement à la rupture des parois vasculaires avant la formation complète du caillot, tels sont, outre les lésions propres à l'artère dans le cas d'anévrysme, les motifs de cette détermination des chirurgiens. Le procédé de M. Marchal ne remédie en rien à ces inconvéniens de la ligature de la poplitée; de plus, vu l'épaisseur des parties à diviser, il présente des difficultés que n'a point le procédé ordinaire par la simple incision sur la ligne médiaue. — M. Gimelle n'en vote pas moins des remerciemens à M. Marchal et le dépôt aux archives. — M. Velpeau ne partage point l'opinion de la commission sur le procédé de M. Marchal : il le regarde comme le plus facile et le plus sûr. Il pense aussi que la ligature de la poplitée peut être avantageuse dans le cas d'anévrysmes des artères jambières. — M. Gimelle, qui a expérimenté sur le cadavre, persiste dans ses conclusions. Adopté.

Luxations de l'extrémité inférieure du cubitus; *par M. Valleteau, chirurgien-major au 63.e de ligne.—Rapport de M. Espiaud.* — M. Valleteau a eu l'occasion de recueillir trois observations de ce genre de luxation. La première a trait à un enfant âgé de 12 à 13 ans, enfant de troupe, qui, en tombant de dessus une voiture, s'est trouvé l'avant-bras engagé entre les rayons des roues. Les parties molles des environs du poignet furent déchirées, la petite tête du cubitus sortait de 28 lignes par la plaie, croisant le radius à la face palmaire. Pour réduire, M. Valleteau fut obligé d'agrandir la plaie de deux pouces. Alors un aide soutenant l'avant-bras, il saisit son extrémité inférieure avec les deux mains; les pouces sur les os, ceux-ci furent écartés, et le mouvement de supination brusque qui en résulta amena immédiatement la réduction. L'appareil de contention consista dans l'application de deux compresses graduées, l'une sur la face pulmaire du cubitus, l'autre sur la face dorsale du radius, le tout soutenu par des compresses longuettes et un bandage roulé imbibé d'nn mélange de

blancs d'œufs, d'eau-de-vie camphrée et d'eau blanche. Le membre fut placé sur une longue palette avec une attelle cubitale, et tenu dans la pronation. Le 42e. jour l'appareil fut levé, la plaie était cicatrisée, mais l'articulation parut comme soudée. En huit mois, des applications émollientes et des exercices ménagés ont ramené l'usage de la main.—La seconde observation est celle d'un canonnier qui tomba de cheval et sur l'avant-bras droit duquel passa la roue de l'avant-train d'une pièce d'artillerie. La luxation du cubitus qui en fut la suite fut réduite d'après le procédé qui vient d'être indiqué. Le 39e jour la guérison était complète et sans difformité, mais l'articulation était d'une immobilité absolue. Ce n'est encore que huit à neuf mois après, que ce militaire recouvra l'usage de sa main.—La troisième observation a de nouveau pour sujet un jeune enfant de 10 à 11 ans qui se luxa le cubitus en tombant d'une hauteur de 12 pieds. Ce n'est que 15 jours après que M. Valleteau fut consulté. On constatait alors sur le dos du poignet une tumeur osseuse de la grosseur d'une aveline ; la tête du cubitus croisait la direction de la face dorsale du radius. L'inflammation préalablement combattue, il fut procédé à la réduction comme ci-dessus. Le reste du traitement fut encore le même. Le 24.e jour, à la levée du bandage, l'enfant était bien guéri, mais le mouvement du poignet ne fut encore rétabli qu'à la longue. — La commission aurait désiré plus de détails dans les observations de M. Valleteau, elle n'en propose pas moins de lui adresser des remercimens, et le dépôt de son travail aux archives. Adopté.

— M. Espiaud fait un second rapport verbal sur quatre brochures de M. Maceroni, médecin à Rome. La première est un mémoire lu à l'Académie de Lynx, le 13 septembre 1831, *sur les moyens de remédier à la mortalité des enfans déposés dans l'hospice des Orphelins à Rome.* La mortalité à cette époque avait toujours été de 70 sur 100 par mois. M. Maceroni rattache d'abord ce fait à un système général de la nature qui ne permet pas que la plus grande partie des êtres créés arrive à maturité. Mais ensuite il s'en prend principalement à la mauvaise disposition, et surtout à la mauvaise administration de l'établissement où étaient reçus les enfans. Dans une salle étroite, de 85 palmes romaines de long sur 35 de large, se trouvaient 68 enfans et 19 nourrices. Vingt et quelques crêches devaient les contenir tous. Ils y étaient accumulés six dans chaque. Les enfans sains gissaient près des malades. La malpropreté était extrême, ainsi que le désordre qu'augmentaient encore des cris déchirans et l'absence de toute espèce de soins. —

M. Maceroni se hâta de signaler l'urgence de l'agrandissement de l'hospice, et d'un choix sévère de nourrices. Il insista sur la séparation des enfans sains et l'isolement des enfans malades atteints d'affections contagieuses. Il proposa enfin de faire élever au-dehors une grande partie des enfans, et surtout de préposer à l'établissement un médecin permanent et une surveillante responsable. M. Maceroni repousse des salles des enfans nouveau-nés et des nourrices, les fumigations nitriques et le chlore. Il préfère le renouvellement de l'air atmosphérique plus ou moins répété. Il proscrit sévèrement les narcotiques pour calmer les cris des enfans, puis il aborde la question importante de l'utilité des hospices d'enfans-trouvés. A partir de 1640 jusqu'en 1745, il régna à l'hospice de Paris une mortalité épouvantable. A Perpignan, sur 100 enfans reçus dans l'établissement, à peine 12 ou 15 arrivaient à 5 ans. Enfin dans la capitale de l'Allemagne, dans l'espace de 40 ans, un seul enfant à l'hospice des Orphelins put arriver à l'âge viril. D'après les calculs de Girtanner, cet homme a coûté à l'état 20,000 thalers par an. — Si M. Maceroni ne conclut pas à l'abolition de ces établissemens, il réclame du moins des changemens complets. — La seconde brochure traite de *la polysarcie*. M. Maceroni s'en rapporte, pour combattre la polysarcie, au régime plus qu'à toute espèce de médicamens. Il blâme surtout l'usage du vinaigre, qui a causé la mort de la sœur d'un avocat célèbre de Naples. Il cite un fait qui tend à prouver en faveur de l'usage des savonneux et de la digitale. Le troisième mémoire est intitulé : *Observations médico-légales sur une manie et une épilepsie simulées*. Le quatrième a pour sujet une fièvre grave guérie par l'huile de *crotum tiglium*. — Remercimens à l'auteur. Inscription parmi les candidats aux places de membres correspondans.

Séance du 12 avril. — DÉCOUVERTE DU COW-POX A PASSY. — M. Bousquet communique à l'Académie les détails de cette découverte. C'est une vache venue de Mantes qui l'a fourni. La femme Fleury à qui elle appartenait, s'aperçut en la trayant que, l'un des pis présentait un gros bouton. Bientôt cette femme découvrit que des boutons semblables s'étaient développés sur ses mains à l'endroit où elles étaient gercées. Un bouton avait également paru à la figure. Craignant le charbon, la femme Fleury fut à Chaillot consulter le docteur Perdreau, qui, ayant reconnu le cow-pox, l'adressa à M. Nauche qui la renvoya à M. Bousquet. M. Bousquet se hâta d'inoculer le pus des boutons de cette femme à plusieurs enfans. Chez les uns, ce pus seul servit à l'inoculation ; chez d'au-

tres, l'ancien virus vaccin fut comparativement et simultanément employé. Le commission de vaccine a suivi l'expérience. Le bouton de la vache était à l'époque de la dessiccation. La femme Fleury devait recueillir avec soin les croûtes, elle n'en a rien fait, de sorte que cette source première est perdue.

M. Rochoux appelle avant tout l'attention sur la question qui doit dominer ici, et de la solution de laquelle relève toute l'importance qu'on doit définitivement accorder à ces recherches. — Le vaccin de Jenner est-il affaibli par ses nombreuses transmissions? Est-il urgent de le renouveler? Il y a 30 ans que ce virus est en pratique. En supposant qu'il ne soit recueilli que le 9e jour après l'inoculation, cela fait, terme moyen, 12 à 1400 transmissions qu'il a subies jusqu'à nos jours. Il n'a donc éprouvé aucune altération ni n'a diminué de puissance. — Sur une réflexion de M. Capuron, M. Bousquet indique que la cicatrice laissée par le cow-pox sur le pis de la vache, était peu marqué, et que rien ne peut être encore prévu sous ce rapport chez les enfans inoculés, le vaccin n'ayant pas encore parcouru sur eux toutes ses périodes.— M. Moreau regrette que les croûtes de cow-pox soient perdues. Toutefois, dit l'honorable membre, le point le plus essentiel n'est pas là. Il faut surtout examiner et bien préciser si les pustules dues au nouveau vaccin sont identiques aux pustules de l'ancien, ou si elles en diffèrent. Depuis la publicité de la découverte du cow-pox, de tous côtés M. Moreau reçoit des lettres qui lui demandent du nouveau vaccin, l'ancien étaut repoussé comme inférieur. C'est à l'Académie à prévenir ce que cette opinion pourrait avoir de fâcheux relativement à la sécurité des populations. — M. Bousquet n'a pas négligé cette expérimentation ; sur deux enfans inoculés par les deux vaccins à la fois, il a pu constater que les boutons dus au nouveau, étaient supérieurs en développement à ceux dus à l'ancien. Mais sur tous les autres enfans inoculés par le nouveau vaccin seul, les boutons n'offrent aucune différence avec l'ancien. — M. Moreau fait ressortir que le volume des boutons n'a aucune valeur. D'ailleurs, ajoute-t-il, on obtiendra ce développement en vaccinant avec le virus recueilli plutôt qu'on ne le fait habituellement. J'ai l'habitude, dit M. Moreau, de ne pas attendre le huitième ou neuvième jour pour prendre le vaccin que j'inocule. Recueilli au sixième jour, le fluide a bien plus d'énergie et pousse des boutons beaucoup plus gros. Un seul fait ne prouve d'ailleurs rien. Même chose était arrivé quand on essaya le cow-pox envoyé d'Angleterre par M. Talleyrand à M. Bourdois de la Motte ; dans

une première expérience, les boutons qui succédèrent à l'inoculation, parurent très-volumineux; dans une seconde, ils n'offrirent plus qu'une grosseur ordinaire. Peut-être la constitution atmosphérique, l'idiosyncrasie des sujets, etc., sont-elles pour beaucoup dans ces accidens de la vaccination? M. Bousquet repousse pour le cas actuel ces dernières explications. Il est évident que les circonstances étaient absolument les mêmes ici pour les deux vaccins. M. Emery n'admet en aucune manière l'affaiblissement de l'ancien vaccin. Il se fonde, tant sur l'attestation de tous les vaccinateurs, que sur son expérience propre. Dans son service à Saint-Louis, il a été reçu de 10 à 1200 varioleux au milieu d'individus vaccinés dont le nombre peut bien s'élever à 12 ou 14,000, M. Emery n'a pas constaté un seul cas de contagion chez ces derniers. Un argument est encore fourni par M. Emery. Si l'ancien vaccin était altéré, c'est surtout sur les sujets vaccinés les derniers, que la contagion variolique devrait avoir le plus de prise. Les faits sont entièrement contraires à cette supposition cependant toute rationnelle. M. Emery aborde ensuite la découverte du cow-pox. Il fait observer que rien ne prouve encore qu'il soit préservatif, bien loin qu'on puisse lui donner une supériorité marquée sur l'ancien vaccin. Il y a tout au plus des présomptions permises jusqu'à nouvel ordre en faveur d'une action égale. Déjà, d'ailleurs, on a tant de fois annoncé le cow-pox, et proclamé hâtivement des succès que les expériences subséquentes ont démentis, qu'il importe beaucoup de se tenir encore sur ses gardes.

M. Cornac, qui a suivi les expériences récentes, approuve beaucoup cette réserve. Sur la proposition de l'honorable membre, MM. Husson, Moreau et Bousquet sont adjoints à la commission chargée de les poursuivre.

Séance du 19 avril. — La correspondance comprend plusieurs communications.

1.° Observation de M. Baudelocque relative à une hémorrhagie utérine arrêtée par la compression de l'aorte abdominale exercée pendant une heure environ.

2.° Lettre de M. J. Guérin, sur une nouvelle méthode de traiter les pieds-bots. (*Voyez* Académie des Sciences).

3.° Lettre de M. Coze, de Saint-Omer, qui annonce à l'Académie l'envoi que fait ce médecin d'une pièce d'anatomie pathologique, qui consiste en une *concrétion osseuse développée autour du col de l'utérus*, et qui a été éliminée par une couche nouvelle sous-jacente, encore actuellement adhérente, dont la malade a cependant détaché plusieurs fragmens.

4.° Réclamation de M. Humbert, de Morley, relativement à la méthode sygmoïde pour le redressement de la taille, qu'il dispute à M. J. Guérin. — La correspondance épuisée, l'Académie entend un rapport de M. Louis, sur un mémoire de M. Bessière, de Marseille, sur la *phthisie laryngée.* Malgré la trop grande brièveté avec laquelle ce sujet a été traité, et quelques propositions hasardées, la commission propose le dépôt aux archives, et des remerciemens à l'auteur. (Adopté).

M. Martin-Solon lit ensuite, au nom de la commission des remèdes secrets, plusieurs rapports sur des arcanes médicamenteux qu'il repousse successivement de l'application du décret de 1810. La séance est terminée par M. Rochoux, qui lit un mémoire sur *les causes de l'apoplexie* et *sur la phrénologie.* (Ce mémoire sera inséré dans les *Archives*)

Académie royale des Sciences.

Séance du 18 *avril.* — **PRÉTENDU FŒTUS VOMI PAR UN ENFANT.** M. Geoffroy-Saint-Hilaire qui, dans de précédentes séances, avait fait diverses communications sur le fait de Syra, avait annoncé l'intention de disséquer la pièce envoyée par les médecins de ce lieu. C'était la dernière vérification pour l'exactitude d'un fait très-étrange sans doute, mais dont une enquête sévère semblait, jusqu'à un certain point, garantir l'authenticité. Cette dernière épreuve donne un résultat tout différent, et semble indiquer une imposture. Cependant les recherches qu'a faites M. Geoffroy, sur les faits qui semblaient se rattacher à celui-là, lui ont fourni la matière d'un nouveau travail qu'il présentera prochainement.

EMPLOI DE LA KRÉOSOTE EN VAPEUR DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE. — M. le docteur Junod adresse sur ce sujet la lettre suivante :

« Depuis long-temps les médecins ont observé que certaines phthisies pulmonaires ont été guéries ou avantageusement modifiées par l'action du goudron réduit à l'état de vapeur, et introduit dans les poumons par l'acte même de la respiration. Il est assez probable que c'est à cette propriété particulière qu'on doit attribuer la rareté des phthisies dans les ports de mer, et l'amélioration de leur état par des voyages sur mer. On sait que dans

ces deux circonstances l'air respiré contient une assez grande proportion de goudron réduit à l'état de vapeurs.

» Plusieurs praticiens, frappés de ces différentes observations, ont eu l'idée d'administrer la vapeur du goudron elle-même ; mais ils n'ont jusqu'à présent rien imaginé de plus commode que de faire chauffer, à l'aide d'une lampe à esprit-de-vin, un vase de fer contenant ce médicament. Cet appareil, quelque simple qu'il paraisse, est cependant loin de remplir toutes les conditions désirables ; et quand il ne présenterait que la difficulté et même l'impossibilité de fournir des vapeurs de goudron d'une manière continue et cependant assez rare pour s'accommoder aux exigences de certaines irritabilités thoraciques, il suffirait de cette impuissance de sa part pour justifier les recherches que j'ai faites dans l'intérêt d'une classe nombreuse de malades, qui trouveront dans le procédé que je propose des avantages que chacun pourra facilement concevoir.

» Ce moyen, extrêmement simple, consiste dans un petit flacon bouché à l'émeril, contenant de la kréosote, et qu'il suffit au malade de garder près de son lit. L'odeur qui s'en exhale, même sans ôter le bouchon, est assez forte pour remplir les intentions du médecin dans le cas où il faut ménager l'irritabilité des poumons ; et lorsqu'il voudra augmenter l'intensité de cette vapeur, il suffira d'augmenter progressivement la dose de kréosote, en ouvrant de temps en temps ce petit flacon, et même en répandant une ou plusieurs gouttes de kréosote sur un petit morceau de linge qu'on pourra laisser autant qu'il sera nécessaire auprès du malade. On aura tous les moyens de graduer l'action d'une substance dont on proportionnera à volonté la dose d'après les effets.

» Les résultats que j'ai obtenus par ce moyen me paraissent assez importans. Je n'ai pas cru devoir attendre la terminaison d'un travail que j'ai commencé sur cet objet pour faire connaître aux médecins ce nouvel emploi d'une substance qui peut ainsi rendre de grands services dans le traitement d'une maladie aussi grave que la phthisie pulmonaire. »

Orthopédie. Traitement des pieds-bots. — M. J. Guérin adresse une lettre sur une *nouvelle méthode de traiter les pieds-bots chez les enfans.* — Cette méthode consiste, dit l'auteur, dans l'emploi du plâtre coulé en remplacement de toute autre espèce d'appareil contentif. Les membres qui sont le siége de la difformité, ayant été préalablement enduits d'un corps gras et recouverts d'une bande de flanelle roulée, sont assujettis et suspendus sur des fils

transversaux dans une gouttière en bois. Je soumets ensuite les pieds à des tirages latéraux directement opposés, qui ont pour but et pour résultat de produire une torsion et un renversement dans un sens contraire à la torsion et au renversement existans. Je coule ensuite du plâtre autour du membre, qui est maintenu fixement jusqu'à ce que le plâtre se soit solidifié. Aussitôt que celui-ci est passé à l'état de solidification complète, j'enlève le membre de la gouttière, et je dégrossis l'enveloppe avec un couteau, de manière à ne laisser qu'une écorce de trois à quatre lignes de plâtre autour de la jambe et du pied. Ce pansement est renouvelé une fois tous les huit jours.

J'ai soumis plusieurs enfans à cette méthode de traitement; je me borne à rendre compte des résultats obtenus chez deux enfans jumeaux présentés avant le traitement à MM. les membres de la commission des prix Monthyon. Ces deux sujets, âgés de 5 mois, offraient chacun un double pied-bot varus équin. Les pieds droits surtout étaient extrêmement difformes. La face plantaire était perpendiculaire à l'horizon, et la face dorsale complètement tournée en dehors; je n'ai soumis au traitement par le plâtre que les deux difformités exagérées. Après sept applications du plâtre coulé, renouvelées à sept jours de distance, les pieds avaient repris leur conformation normale. J'ai laissé six jours les pieds sans appareil pour m'assurer qu'ils ne perdaient rien de leur bonne conformation, et aujourd'hui MM. les membres de la commission ont pu s'assurer qu'ils n'offraient plus aucune tendance au retour de la difformité.

Je me borne, M. le président, à l'énoncé pratique de cette nouvelle méthode, me proposant d'en développer les avantages dans un mémoire que je présenterai prochainement à l'Académie. Il me suffira de faire remarquer aujourd'hui que j'ai produit, après cinquante jours de traitement, et sans le moindre inconvénient, des guérisons que, de l'aveu des auteurs, on n'avait que très-imparfaitement obtenues après un an et plus de traitement par les autres méthodes.

ORTHOPÉDIE. — M. Humbert réclame la priorité d'invention et d'application pour la méthode qui consiste à traiter les difformités de la colonne vertébrale par des pressions exercées perpendiculairement à cette colonne, au lieu d'employer l'alongement, comme l'ont fait la plupart des orthopédistes.

BIBLIOGRAPHIE.

Neuf années à Constantinople ; observations sur la topographie de cette capitale, l'hygiène et les mœurs de ses habitans, l'islamisme et son influence, la peste, ses causes, ses variétés, sa marche et son traitement, la non contagion de cette maladie, les quarantaines et les lazarets, etc. ; par le docteur BRAYER. Paris, 1835. Deux vol. in-8.°

Voici un titre qui promet bien des choses, et assurément ce n'est pas trop de deux volumes pour décrire une capitale, ses usages, ses mœurs, sa religion, et pour embrasser et discuter tant de grandes et importantes questions : il y aurait en effet de quoi faire un gros livre avec chacun des sujets indiqués dans ce titre : *l'islamisme et son influence, la peste et ses causes, la contagion et la non contagion de cette maladie, les quarantaines et les lazarets,* en voilà plus qu'il n'en faut pour occuper la vie d'un homme, d'une génération même, car la génération actuelle toute entière passera probablement avant qu'elles ne soient résolues.

L'ouvrage de M. Brayer est divisé en deux parties distinctes ; le premier volume est consacré à la description topographique de Constantinople et de ses environs ; il contient un aperçu sur l'islamisme, sur la pratique et l'influence de cette religion, et sur l'état actuel de la civilisation des Turcs. Le second traite de la peste, de la contagion, des quarantaines et des lazarets.

Ce second volume aurait seul le droit de nous occuper ici, puisque seul il s'occupe des questions médicales ; mais le premier pouvant nous servir à connaître les opinions de l'auteur, à apprécier sa manière de faire, nous allons en dire quelques mots ; il sera bon d'ailleurs de l'indiquer aux personnes curieuses de renseignemens sur la ville de Constantinople, d'anecdotes sur les usages de la vie domestique et l'intérieur des familles, etc.

Cette première partie de l'ouvrage de M. Brayer est d'une lecture facile, souvent même agréable, quoique l'on aimât à y trouver plus de simplicité dans le style et moins de prétention aux descriptions poétiques. L'auteur se complait tellement dans ses récits de fêtes de famille, d'usages intérieurs, dans ses descriptions de lieux et de personnes, qu'il semble oublier souvent le sujet grave et important qu'il a à traiter, pour nous donner des détails dont

quelques-uns ne manquent pas d'intérêt, mais dont plusieurs sont puérils ; il s'imagine sans doute, comme la plupart des voyageurs, que nous devons nous passionner aux moindres choses d'un pays que nous ne connaissons pas, et d'un peuple aussi différent de nous par ses habitudes et son caractère, que par son costume.

Dans un pays où les ouvertures de corps sont interdites, où le médecin peut rarement suivre un malade depuis le début de sa maladie jusqu'à terminaison, ainsi que M. Brayer nous l'apprend lui-même, où il est, par conséquent, impossible de recueillir des observations exactes et complètes, témoins celles de l'auteur et ses propres aveux, on ne peut apporter trop de circonspection dans le diagnostic que l'on porte, dans la valeur que l'on attribue aux différens symptômes, surtout lorsqu'il s'agit de cas plus ou moins analogues entre eux, de maladies qui se rapprochent par quelques caractères communs. M. Brayer l'a bien senti lui-même; aussi après avoir traité le point historique de la question de la contagion de la peste, après un grand chapitre sur les précautions et les imprudences dans lequel il n'a pas été difficile à l'auteur de mettre les opinions en opposition les unes avec les autres, de signaler la contradiction et l'absurdité de certains récits, des préjugés, des usages, etc., il consacre une division de son second volume à l'examen des *maladies simulant la peste* ; c'était en effet un chapitre important à faire, puisqu'avant de se prononcer sur la nature d'une maladie, sur ses causes, sur les circonstances qui la favorisent, l'éloignent ou la modifient; sur ses dangers, et principalement sur son caractère contagieux ou non contagieux ; il était nécessaire de simplifier, autant que possible, la question, et d'en écarter tout ce qui lui était étranger : il fallait donc commencer par dégager, pour ainsi dire, la peste des maladies qui peuvent la simuler, afin de poser le problême dans toute sa simplicité, sa rigueur et sa netteté. En outre, montrer, d'une part, qu'un certain nombre d'affections étrangères à la peste, quelquefois même assez légères, ont été souvent prises pour cette terrible maladie, traitées comme telle non-seulement par les médecins, mais par l'autorité qui s'armait contre cette prétendue peste, de toutes les précautions de rigueur; et, d'une autre part, démontrer que des affections véritablement pestilentielles ont été méconnues, négligées, abandonnées sans précaution comme sans inconvénient, c'était déjà singulièrement éclairer la grande question de la contagion, des quarantaines et des lazarets ; mais on sent que la plus grande précision dans l'examen des symptômes, la plus sévère exactitude

dans leur analyse, dans la détermination de leur valeur, étaient indispensables, afin qu'il ne pût pas y avoir le moindre doute, la moindre hésitation dans l'esprit du lecteur, sur ce qui est vraiment peste et sur ce qui ne l'est pas.

Or, plusieurs des observations de M. Brayer sont loin de présenter ce degré de précision et de clarté ; les raisons qui le déterminent à ranger tel cas dans les maladies *simulant la peste*, et tel autre parmi les observations de *véritable peste*, ne sont pas toujours ni très-solides ni très convaincantes : on en jugera par quelques citations, et l'on verra si la distinction établie par l'auteur est assez positive pour que les conséquences qu'il tire des faits soient à l'abri de toute critique.

Dans la 20e. observation, intitulée : *Gastro-entérite chronique exaspérée. Deux bubons le douzième jour. Mort.* L'auteur nous dit, après de longs détails sur l'état antérieur de la malade, qu'il la trouva dans un état presque désespéré ; le visage était d'un rouge vineux dans certaines parties et pâle dans d'autres ; les yeux injectés et hagards, son regard étincelant. Sa langue seche, rugueuse, rouge à la pointe, d'un brun noir au milieu et à la base. Les discours étaient incohérens. La peau sèche, brûlante ; des soubresauts répétés la tenaient dans une agitation continuelle. Le pouls était petit et fréquent. » La garde, interpellée par M. Brayer, sur la nature de cette maladie, répond avec assurance : Moi, Monsieur, je pense que c'est la peste, j'en ai tant vu, tant soigné, que je ne me trompe jamais.—Néanmoins M. Brayer pencha pour une *gastro-entéro-céphalite* exaspérée ; il annonce à la famille qu'il ne croit pas que ce soit la peste. « Le jour suivant, poursuit l'auteur, j'étais chez la malade de très-grand matin. La famille était tout en émoi ; deux bubons étaient sortis pendant la nuit.... Je trempai le bout de mes doigts dans un peu d'huile, et les touchai à plusieurs reprises.... Tous deux étaient mous et durs, la peau était de couleur naturelle. Tous les symptômes avaient augmenté d'intensité. Je crus m'être trompé dans mon diagnostic. Je dis aux parens d'envoyer chercher de nouveau le prêtre de la peste. Il vint le soir vérifier les bubons et affirma qu'il n'y avait pas un atôme de peste ! Informé de cette décision qui m'étonna beaucoup, je me rendis de très-bonne heure chez la malade. Elle était morte pendant la nuit. »

L'opinion de M. Brayer, comme on voit, semble ébranlée, aussi conseille-t-il à la famille le parti de la prudence. J'ai choisi cette observation parmi plusieurs autres que j'aurais pu rapporter de même, parmi celles que l'auteur considère comme des maladies simulant

la peste ; la 21[e] est du même genre ; c'est encore une gastro-entérite chronique exaspérée, compliquée de deux charbons et suivie de mort. Mais, il suffit, je crois d'un seul exemple, pour faire partager au lecteur le doute et l'embaras que j'ai ressentis, lorsque je me suis mis à comparer les observations de véritable peste à celle-ci.

Prenons d'abord la 22[e]. observation, intitulée : *Peste prise pour un érysipèle phlegmoneux*. Il s'agit d'un meûnier d'une constitution athlétique, d'un tempérament *gastro-sanguin*, sujet à de fréquentes congestions cérébrales et à des gastrites. Le 25 mai, M. Brayer le trouve les yeux hagards, la langue couverte d'un enduit blanc, d'un rouge vif sur les bords et à la pointe, le pouls vibrant et la peau sèche et brûlante. Le malade dit qu'il éprouvait depuis plusieurs jours une grande douleur dans le bras gauche. Ce bras était en effet le siége d'un érysipèle phlegmoneux intense... Le bras était tuméfié, rouge et brûlant...L'inflammation s'était propagée à l'aisselle ; l'examen y fit reconnaître une glande engorgée et très-douloureuse. M. Brayer se demande si c'est un bubon pestilentiel ou simplement une glande tuméfiée? « Nous n'étions encore, dit-il, qu'à la fin de mai ; la chaleur, il est vrai, se faisait sentir vivement, mais l'on n'avait encore entendu parler d'aucun accident. Il y avait cependant quelque chose de si insolite dans l'expression de la figure du malade, que par prudence je crus devoir le faire vérifier par le prêtre directeur de l'hôpital des pestiférés. Son élève vint et affirma que ce n'était pas la maladie. A force de saignées, de nombreuses et fortes applications de sangsues, etc., etc., le bras revint le 5 juin à son volume, à sa couleur et à sa chaleur ordinaires... Mais l'expression de la figure du malade restait la même ; bien plus ce nuage sur les traits, ce regard étincelant, *caractéristique de la peste*, se prononcent alors plus fortement et je reconnus que depuis le commencement, j'avais eu à faire à cette maladie masquée par une autre affection... Le malade guérit et se porta ensuite mieux que jamais. »

C'est donc ce regard étincelant, qui est caractéristique de la peste, suivant M. Brayer, et non pas une réunion de symptômes, la présence de bubons, etc. ; et il faut bien le croire, puisque voici deux cas dans lesquels la langue est sèche, rouge ; la peau brûlante, etc. ; où il existe des bubons, et dont l'un est un cas de peste, tandis que l'autre n'est qu'une gastro-entéro-céphalite. Mais par malheur, ce regard étincelant, ces yeux hagards si caractéristiques, seront dans ce cas même d'une bien petite res-

source, ou plutôt ils ne serviront qu'à augmenter l'incertitude et la confusion, puisque nous les retrouvons dans les deux observations. Rappelez-vous en effet que la première malade avait le *visage d'un rouge vineux, les yeux injectés et hagards, le regard étincelant*, etc., quoiqu'elle n'eut pas la peste, suivant M. Brayer.

Si vous voulez lire les observations de véritable peste, et en particulier la première et la deuxième, vous verrez une peste d'une forme inflammatoire avec guérison; une autre sous forme inflammatoire apoplectique, suivie de mort, qui vous laisseront dans le même doute, attendu que tout se réduit à-peu-près pour faire reconnaître la peste, à quelque chose *d'insolite dans le regard*, qui fit soupçonner à l'auteur cette redoutable maladie.

Je ne chicanerai pas M. Brayer sur quelques autres points de son livre, car je ne veux pas lui faire une critique de détails. On pourrait cependant lui faire remarquer qu'un médecin éclairé ne se hasarderait pas aujourd'hui à diagnostiquer une gastrite intense par la seule inspection de la langue, faite à table sur son voisin, ni une *irritation cérébrale à l'expression austère des yeux, et dans les mouvemens convulsifs des muscles de la face*, chez un homme affecté d'un profond chagrin, et qui médite un suicide (p. 190); on pourrait encore lui dire qu'une observation d'enfant allaité sans danger à l'âge de quinze jours, par sa mère pestiférée, rapportée par l'enfant lui-même devenu homme et pharmacien, sur le dire de son ancienne servante, ne prouve pas grand chose en faveur de la non contagion; mais j'aime mieux m'en tenir aux points importans de son ouvrage, à ceux qui nous intéressent particulièrement et qui se rattachent à la grande question, si vivement débattue dans ces derniers temps, de la contagion et de la non contagion. C'est, sous ce rapport en effet, que le livre de M. Brayer mérite d'être distingué, puisqu'il est le résultat des observations d'un médecin qui a séjourné pendant neuf années au milieu du foyer de la peste, et qu'il n'est permis de négliger aucun des documens qui paraissent maintenant sur ce grave et important débat.

C'est à cause de la gravité d'une telle question, que nous avons cru devoir examiner sévèrement l'ouvrage de notre confrère. Maintenant que nous avons satisfait à la critique en toute conscience, nous ne craindrions pas de dire que cet ouvrage se recommande par des détails intéressans sur les mœurs, les usages et les coutumes des pays que M. Brayer a habités, par des faits qui ne seront point perdus pour la science, et dont les hommes appelés à décider la question de la contagion et des quarantaines devront tenir compte. Quant à nous,

si l'on nous demande pourquoi nous ne nous prononçons pas pour ou contre l'opinion de l'auteur, nous dirons que nous ne nous trouvons pas suffisamment éclairés, et Dieu merci nous ne sommes point chargés de prendre sur nous une pareille responsabilité.

AL. DONNÉ.

Projet d'un Essai sur la vitalité; par M. HOCQUET. Paris, 1835; in-8.°, 307 p. Chez Deville-Cavellin.

M. le docteur Hocquet, auteur de cet ouvrage, s'est proposé pour but de lier entre eux tous les faits dont se compose la science de l'organisation à l'aide d'un principe général auquel il donne le nom de *vitalité*, et qu'il assimile aux fluides incoercibles, chaleur, électricité, lumière. Après avoir établi la nécessité de ce premier principe, nécessité reconnue de tout temps, et à laquelle on doit le *pneuma*, l'*archée*, les *fermens*, etc., qui tour-à-tour ont servi à expliquer les phénomènes de la vie, l'auteur admet que cette *vitalité*, agent spécial des phénomènes vitaux, existe sous trois états : équilibre général, concentration latente (comme dans l'œuf ou la graine), et concentration active : c'est ce dernier état qui constitue la vie, laquelle résulte de l'action de cette force sur la matière. D'ailleurs cet agent est répandu dans tous les corps, en proportion qui varie suivant *leur capacité* pour lui; hors l'état de vie, il est comme en réserve dans l'atmosphère qui le reçoit et le fournit sans cesse. Pendant la vie, la vitalité se dégage lors de la combinaison des élémens vitalisés; toutefois ce dégagement a lieu en quantité inverse de la densité des corps; car la solidification enraye les phénomènes qui lui sont propres, tandis què l'état voisin de la liquidité est le plus favorable à sa concentration. La pulpe nerveuse réunit au plus haut degré les deux conditions du dégagement de la vitalité; savoir, une nutrition active (combinaisons réitérées), et une faible densité. Quand la nutrition vient à se ralentir, la vitalité décroît; la lymphe fluide, moins vitalisée que le sang, devient plus abondante, et le tempérament lymphatique prédomine : bien plus, si les poumons n'ont pas assez de vitalité pour éliminer le *phosphate calcaire* que le torrent de la circulation y apporte, il se dépose et forme les *tubercules*. Pendant la période d'accroissement, la vitalité dégagée est en proportion moins considérable que celle qui se concentre; le contraire a lieu à mesure que les êtres avancent vers le terme de leur carrière : le dégagement de la vitalité continue même après la mort, comme le

prouvent l'endosmose et l'exosmose observées à l'aide de membranes organiques Quant à la reproduction, elle a lien par la combinaison des liquides reproducteurs qui, de toutes les humeurs animales, sont les plus vitalisées : les prétendus animalcules ne sont que des molécules de liquide amorphe mues par la vitalité : cette combinaison dégage plus de vitalité relative que toutes combinaisons subséquentes : il existe d'ailleurs entre les organes génitaux des deux sexes une attraction telle, qu'en les suspendant au moment où ils viennent d'être enlevés du corps, et les approchant à une petite distance, ils se portent l'un vers l'autre, et adhèrent avec un certain degré de force : après le refroidissement, l'attraction n'a plus lieu.

Le premier livre comprend encore beaucoup d'autres considérations de même ordre que celles qui précèdent, et dont la réunion forme un ensemble nécessaire à l'intelligence des livres suivans, dans lesquels l'auteur applique tous les principes qu'il a établis, au développement des êtres organisés; il s'élève ainsi de la globuline aux animaux les plus élevés dans l'échelle. Le septième livre est consacré à la pathologie, tant des végétaux que des animaux de toute espèce ; la matière médicale occupe le huitième : ici, l'auteur divise les agens thérapeutiques, qu'il nomme des *impressionnans*, en mécaniques, chimiques, impondérables, fixes, volatils et nutritifs. Enfin, la thérapeutique remplit le neuvième et dernier livre.

Certes, nous sommes loin de prétendre avoir donné ici une analyse complète de cet ouvrage ; nous croyons même la chose à-peu-près impossible ; il faudrait suivre l'auteur pas à pas, et discuter successivement, non-seulement les conséquences qu'il tire de faits physiques, mais encore les faits eux-mêmes : il est bien vrai que la théorie de M. Horquet offre un ensemble parfait ; toutes les modifications de l'organisme, tant dans l'état physiologique que dans l'état pathologique, y sont expliquées d'une manière simple ; mais aussi, les hypothèses ne coûtent rien à l'auteur : après avoir fait de la *vitalité* une propriété inhérente aux corps, il la déclare à l'état latent, quand il en est embarrassé, et suppose que l'atmosphère est le grand réservoir qui la reçoit et la fournit : il attribue aux élémens une *capacité* pour la vitalité comme ils en ont une pour la chaleur : les différences organiques sont dues à la différence de concentration dans les liquides reproducteurs; et, comme on doit le prévoir, la concentration est au maximum dans l'homme, etc.

Néanmoins le livre de M. Hocquet est l'ouvrage d'un homme instruit ; et si les considérations auxquelles il s'élève ne sont pas constamment avouées par une critique sévère, elles offrent toujours de l'intérêt, et surtout elles portent le lecteur à réfléchir sur un sujet difficile, et digne, par son importance, de fixer l'attention des hommes qui consacrent leurs veilles à l'étude des sciences.

GUÉRARD.

Medico-Chirurgical notes and illustrations, *by* FLETCHER, *R. Part. I. London*, 1831. In-4.°, 146 pp., fig. *with Plates.*

L'ouvrage dont nous allons donner l'analyse renferme dix mémoires ou notes plus ou moins importans. Dans le premier, M. Fletcher traite un sujet peu étudié encore : il s'agit du *spasme de la glotte.* Au premier abord, il peut paraître étrange que l'on écrive sur une maladie dont beaucoup de médecins semblent nier l'existence. Cependant les faits qui s'y rapportent, et qui se rencontrent encore assez fréquemment, ont une haute importance pratique. En effet, puisque l'expérience a démontré qu'une suffocation prompte, une mort subite, peuvent être produites par une ulcération du pharynx, un abcès, un goître, etc., il devient important de rechercher les véritables causes de ces accidens et de les déterminer d'une manière précise. Quelques hommes éminens, et dont l'opinion est d'un grand poids, ont été portés à penser que la suffocation qui s'observe dans les affections de la gorge, est souvent le résultat du spasme des muscles de la glotte, et déjà la science possède des faits qui établissent cette vérité, qui devient plus frappante encore par les faits que rapporte M. F... Cette vérité d'ailleurs repose sur un fait d'observation incontestable, savoir, que dans beaucoup de ces cas de mort subite par suffocation, on ne peut découvrir aucune cause d'obstruction mécanique, soit dans le tube aérien lui-même, soit dans les parties environnantes. Nous savons au contraire que la glotte est entourée de muscles qui, sous l'influence d'un irritant quelconque, direct ou sympathique, peuvent entrer convulsivement en contraction : dès-lors n'est-il pas permis de supposer que cette contraction, dans quelques cas, peut se prolonger assez long-temps pour suspendre la respiration et éteindre ainsi la vie ?

Le spasme de la glotte est vraisemblablement de la même nature que ceux de l'urètre, de l'œsophage et du rectum, et comme les rétrécissemens spasmodiques qui affectent ces organes, ceux

de la glotte peuvent être le résultat d'une affection sympathique dont le point de départ est plus ou moins éloigné. Ce spasme varie dans son intensité et dans sa durée : à son plus haut degré, il entraîne rapidement la mort, l'air ne pouvant plus pénétrer dans la trachée, comme on voit celui de l'urètre s'opposer même à la sortie de quelques gouttes d'urine ; moins intense, il produit seulement une gêne dans la respiration qui se fait d'une manière convulsive. Il n'y a jamais de fièvre, à moins que celle-ci ne soit le résultat de la maladie même qui produit le spasme de la glotte, comme cela s'observe dans l'amygdalite, le croup, les abcès formés autour du larynx, etc., etc. Aussitôt qu'un malade est pris de spasme de la glotte, il se lève subitement, agitant ses bras en tous sens ; il paraît frappé de terreur, comme s'il était assailli à l'improviste par quelque ennemi ; les sourcils sont élevés, les yeux saillans et comme sortis de leur orbite ; les épaules se haussent et se baissent alternativement d'une manière convulsive ; la bouche est largement ouverte, et l'air, par des efforts incroyables, se précipite à travers l'ouverture rétrécie du larynx avec un bruit singulier et effrayant ; le malade ne peut proférer une seule parole, et cependant il lui reste assez de connaissance pour sentir combien sa position est horrible et dangereuse. Mais aussitôt que l'intensité du spasme diminue, il peut s'exprimer par monosyllabes, et dire combien la suffocation a été imminente ; sa voix a quelque chose qui étonne et effraie, ou plutôt il ne produit qu'un son sourd et mal articulé, et il indique comme siége de toutes ses souffrances le cartilage thyroïde.

Nous consignerons ici les deux premières observations que rapporte l'auteur ; elles compléteront l'histoire que nous venons d'esquisser, et donneront au lecteur les moyens d'en apprécier la réalité.

Obs. Ire. — Abigail Tarret, âgée de 18 ans, entra à l'hôpital général de Gloucester : elle se plaignait depuis quelque temps d'éprouver de la douleur et de la difficulté à avaler, et déclara que depuis huit jours sa respiration était gênée, difficile surtout par intervalles. Elle ressent constamment de la douleur dans la gorge, le cou et un côté de la tête. Les muscles du cou sont durs et tendus, les glandes lymphatiques engorgées, le pouls faible et lent ; elles ne peut avaler aucune substance solide, les liquides passent encore, mais avec difficulté et en petite quantité à la fois. La bouche est continuellement remplie par des mucosités abondantes, qu'elle rejette avec peine ; le moindre mouvement imprimé à la tête est insupportable. Le traitement ne présenta rien de particulier.

Un mois environ après son entrée à l'hôpital, la malade mourut subitement, sa respiration, ayant un peu auparavant commencé à devenir pénible et anxieuse. La seule altération organique que l'on trouva à l'autopsie fut une large altération de l'œsophage, située environ un pouce au-dessous du cartilage cricoïde. Le larynx examiné avec soin parut exempt de toute maladie.

Obs. II.e — Takell, âgée de 14 ans, fut admise à l'hôpital de Gloucester, pour un goître qu'elle portait depuis sept ans. Elle rapporta que, depuis quelque temps, sa respiration était parfois gênée et difficile. En examinant la tumeur, qui était devenue plus douloureuse au toucher, la respiration de la malade devint anxieuse, et cette dyspnée présenta les caractères du spasme de la glotte, avec les symptômes duquel l'auteur n'était pas encore bien familiarisé. Des sangsues furent appliquées à plusieurs reprises, et donnèrent constamment lieu aux mêmes phénomènes que le toucher, c'est-à-dire, que la respiration revenait difficile, le visage pâle et livide ; que la malade était obligée de s'asseoir promptement dans son lit, agitant les bras en tous sens ; qu'elle ouvrait largement la bouche, et élevait avec force les épaules, comme si elle eût voulu appeler une plus grande colonne d'air. Un séton fut passé, mais inutilement. La malade mourut suffoquée avant qu'on ait pu pratiquer la bronchotomie, opération qu'on se disposait à faire. — *Autopsie.* La tumeur était formée par un kyste qui s'était développé au centre du lobe droit de la glande thyroïde, et contenait une petite quantité d'un liquide noirâtre. Le larynx était parfaitement sain en apparence ; la membrane muqueuse de l'épiglotte, les ventricules du larynx, les cordes vocales, ne présentaient aucune trace d'une inflammation récente ou ancienne.

Dans les autres cas que rapporte M. Fletcher, le spasme de la glotte fut produit par une ulcération syphilitique de la gorge, un prolongement de la luette, un abcès du pharynx, etc., etc. La mort ne fut pas toujours la suite de cet accident, et en combattant, par les moyens appropriés, la maladie qui lui avait donné naissance, l'auteur fut assez heureux pour sauver quelques malades. Nous recommandons à l'attention des médecins ce mémoire, qui traite d'un point de pathologie peu étudié encore, et cependant bien digne d'intérêt.

Dans la seconde note, M. F. parle des *rétrécissemens de l'œsophage*, et du danger que présente l'emploi des bougies dans leur traitement. Persuadé que dans la moitié des cas où on a eu recours à ces instrumens on a fait de fausses routes, toujours dangereuses et souvent mortelles, l'auteur propose un nouvel instrument pour

opérer la dilatation des rétrécissemens de l'œsophage. Pour appuyer l'opinion qu'il a émise sur le danger des sondes employées comme moyen de dilatation, il rapporte deux observations dans lesquelles, en sondant l'œsophage, on a pratiqué de fausses routes. Ces perforations ont eu des résultats funestes. Nous sommes loin de vouloir récuser les faits publiés par M. Fletcher, mais nous pensons que ses craintes sont exagérées, c'est du moins ce qui résulte pour nous des recherches nombreuses auxquelles nous nous sommes livré sur les maladies de l'œsophage, dont nous avons présenté un aperçu dans une suite de mémoires insérés dans ce Journal. Nous renvoyons également à notre travail pour ce qui concerne l'instrument proposé par l'auteur.

Dans son troisième mémoire, M. F. s'occupe des *chutes du rectum*, et cette partie de son travail renferme des faits pratiques d'un grand intérêt. Nous avons surtout remarqué les observations 3.e et 4.e, dans lesquelles l'intestin avait contracté à l'extérieur des adhérences avec la peau, adhérences qu'il fallut détruire pour opérer la réduction des parties déplacées, et plusieurs autres dans lesquelles il y avait en même temps et renversement et rétrécissement du rectum.

La quatrième note ne renferme qu'une seule observation relative à un *abcès chronique de la joue*, fait de peu d'importance.

La cinquième, au contraire, présente un intérêt beaucoup plus grand, et sera lue avec fruit par tous les chirurgiens. L'auteur s'y occupe des *anomalies* que peuvent présenter les *hernies étranglées*. Dans l'impossibilité où nous sommes de faire connaître ici tous ces faits intéressans, nous nous bornerons à indiquer les particularités les plus importantes que présentèrent quelques-uns d'entre eux. Dans le premier, il s'agit d'une entérocèle dont le sac était contenu dans celui d'une épiplocèle, et derrière existait une hernie de la vessie. Le second est relatif à une hernie fémorale dans laquelle l'intestin avait contracté de telles adhérences avec l'épiploon, que toute réduction devint impossible. La quatrième présente l'observation d'une péritonite existant en même temps qu'une hernie, sans que celle-ci fût le point de départ de l'inflammation du péritoine. Le sixième offre le cas curieux d'une hernie scrotale étranglée, au-devant de laquelle se trouvait une hydropisie enkystée du cordon ombilical qui fut prise pour le sac herniaire.

Le sixième mémoire est destiné à faire connaître quelques-uns des accidens qui entraînent la mort dans l'opération de la *lithotomie*. Dans quelques considérations générales, M. Fletcher cherche à établir que beaucoup des accidens qui suivent cette opération,

toujours grave, ne reconnaissent pas d'autre cause que la rapidité avec laquelle quelques chirurgiens opèrent, mettant beaucoup d'importance et d'amour-propre à terminer l'opération dans le moins de temps possible. Les faits qu'il rapporte démontrent encore davantage cette vérité déjà appuyée de trop d'expériences; savoir, que l'inflammation du péritoine et les abcès du bassin sont les causes, sinon uniques, du moins les plus fréquentes de la mort, après l'opération de la taille.

La *note* septième renferme deux observations relatives à la *pathologie des artères* : dans la première, il s'agit d'un anévrysme par anastomose de l'artère auriculaire postérieure, dans la seconde d'une plaie de l'artère radiale, dans l'endroit où elle passe sous les tendons du pouce, et qui nécessita la ligature des artères radiale et cubitale.

Dans la huitième et neuvième, on trouva quelques observations d'*hydrocèle* et de *malad*ie *des testicules*, mais qui ne présentent rien de bien important. Enfin l'ouvrage est terminé par deux observations, l'une relative à une large et profonde *brûlure*, dont la cicatrisation mal conduite fut suivie d'une difformité très-grande, le menton ayant contracté des adhérences avec la partie supérieure et latérale droite de la poitrine, de manière à ce que la tête était fortement inclinée de ce côté, et la lèvre inférieure tellement tirée en bas et à droite que les dents étaient à découvert, et que la salive s'échappait sans cesse de la bouche. La *cicatrice vicieuse* fut incisée, la tête et la lèvre inférieure ramenées dans leur position naturelle, et la malade guérit d'une difformité repoussante. Une planche représente le sujet avant et après l'opération. La seconde est relative à une *imperforation du vagin*, observation remarquable sous un double rapport; celui d'une opération épineuse suivie de succès, et celui de l'absence des règles avant l'opération, bien que la femme fût déjà âgée de 28 ans et mariée. On trouvera ce fait consigné dans la *revue générale* de ce journal. M.

---

1. Sammlung auserlesener Abhlandlungen und Beobachtungen aus dem Gebiete der Ohrenheilkunde : *Recueil de mémoires et d'observations sur les maladies de l'oreille; publié par le docteur* Lincke. I.re partie. Leipzig, 1836.

2.° Aphorismen uber Ohrenheilkunde : *Aphorismes sur les maladies de l'oreille; par le chevalier* J. de Vering, *docteur-médecin à Vienne.* — Vienne, 1834.

Les maladies de l'oreille, si longtemps négligées, malgré les tra-

vaux de Duverney, M. Itard et un petit nombre d'autres auteurs, commencent à attirer l'attention des médecins. Il n'y a que peu de temps que nous avons analysé un petit ouvrage allemand sur la *Surdité chronique*, et déjà nous avons à annoncer deux nouveaux opuscules allemands sur les maladies de l'organe de l'ouïe. Le premier de ces ouvrages n'est pas un travail original : c'est le premier cahier d'un recueil destiné à rassembler tout ce qui se publie d'important sur les maladies de l'oreille dans les différens journaux de médecine et dans les ouvrages qui ne sont pas spécialement consacrés à cette partie de la médecine. Pour rendre son recueil aussi complet que possible, le docteur Lincke reproduit dans ce premier cahier quelques travaux déjà anciens, mais qui ne lui paraissent pas suffisamment connus ; tels sont le *Mémoire sur la théorie des maladies de l'oreille, et sur les moyens que la chirurgie peut employer pour leur curation, par Leschevin* ; 2.° l'*Essai sur le traitement des vices de l'audition, par Lentin* ; 3.° le *Mémoire sur les maladies de l'oreille externe, par Loeffler*.

Après ces recherches anciennes, mais qui, à cause de leur importance, méritent d'être étudiées, viennent quelques travaux plus récens, et d'abord (4 °) un article sur les *Maladies du conduit auditif et de la membrane du tympan, par le docteur Rauch*, extrait du journal de médecine allemand qui se publie à St-Pétersbourg (*Vermischte Abhandlungen*, etc. St-Pétersbourg, 1824). Dans ce mémoire, l'auteur parle des inflammations aiguës, de l'otorrhée, des polypes et des inflammations chroniques du conduit auditif. Il fait voir que ces maladies peuvent affecter le conduit seul ou s'étendre à la membrane du tympan ; que cette dernière peut être primitivement affectée ; que par suite de ces maladies elle se relâche, se ramollit, s'épaissit, se perfore ou se déchire ; d'où résultent différentes altérations de l'ouïe. Les indications thérapeutiques sont déduites de la connaissance de ces différens états morbides et basées sur l'expérience. Nous ne pouvons que retracer la marche générale suivie par l'auteur ; car si nous voulions rapporter tout ce qu'il y a de pratique dans son travail, nous serions obligé de le traduire en entier. Nous le recommandons à l'attention de nos confrères.

Les articles 5 et 6 sont de M. Deleau jeune (*Mémoire sur les corps étrangers dans le conduit auditif*, et *Mémoire sur la lésion des glandes cérumineuses*), et extraits de la *Gazette médicale de Paris*, année 1834. — Les *Observations de Bobe-Moreau sur les accidens auxquels sont exposées les personnes qui se font percer les oreilles ou qui portent des anneaux mal placés*, forment le 7e article. Enfin,

le 8e, intitulé : *Mélanges*, contient une observation du suppuration de l'oreille interne avec sortie des osselets de l'ouïe, sans diminution du sens de l'ouïe, par Wolf; un cas de guérison d'une blessure de la membrane du tympan, par Loder; une note sur l'influence de l'air humide sur l'ouïe lorsque la membrane du tympan est détruite, et sur l'usage d'une membrane artificielle du tympan, par Autenrieth; une note du docteur Diffenbach, sur la surdité occasionnée par la division congéniale du palais; enfin, l'observation d'une surdité guérie par des injections d'une infusion d'arnica dans le conduit auditif externe, par le docteur Krebs.

Le second ouvrage dont nous avons transcrit le titre, traite sous forme aphoristique des différentes maladies de l'oreille. Après avoir, dans l'introduction, rappelé quelques généralités sur ces maladies, sur la manière d'examiner l'organe affecté, le docteur Vering passe aux affections de l'oreille externe, moins l'inflammation. Il parle des vices de conformation, des blessures, des brûlures de cet organe, de l'atrésie, du rétrécissement, des polypes du conduit auditif, de l'altération, de l'absence du cérumen, etc.

Dans le second chapitre, il traite de l'inflammation de l'organe auditif, laquelle est externe ou interne. Chacune de celles-ci peut être traumatique, catarrhale, scrofuleuse, arthritique, syphilitique ou complexe; delà des indications particulières que l'auteur fait ressortir et enseigne à remplir. Après quoi M. V. s'occupe de l'otorrhée, puis des maladies de la membrane du tympan, des osselets et de leurs muscles, de la caisse du tympan, de la trompe d'Eustache, de l'apophyse mastoïde. Il arrive ensuite aux états morbides du sens de l'ouïe, à la surdi-mutité, et termine par les maladies de la parotide. — Une planche, assez grossièrement exécutée, représente les instrumens nécessaires pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, la disposition anatomique des parties que la sonde doit parcourir pour arriver à la trompe, l'instrument en forme de perce-cuir dont se sert l'auteur pour la perforation de la membrane du tympan.

Quant à l'utilité générale de cet opuscule, il est certain que ces aphorismes ne peuvent pas remplacer les ouvrages plus étendus que nous possédons sur la matière, mais il sera consulté avec fruit par les médecins praticiens, qui y trouveront resserré, en peu de mots, ce que l'expérience a enseigné à un confrère qui s'est beaucoup occupé des maladies de l'oreille. V. Stoeber.

FIN DU TOME X DE LA DEUXIÈME SÉRIE.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU TOME X,

DEUXIÈME SÉRIE DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.

Imprimerie de MIGNERET, rue du Dragon, N.° 20.